# Die wirtschaftliche Organisation und das Problem der Versorgung der freien Ärzteschaft



Von

Georg Herzog

Diplom-Volkswirt

1932

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543117_0108

# Die wirtschaftliche Organisation und das Problem der Versorgung der freien Ärzteschaft

✡

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde bei der hohen Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät an der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität Breslau

Vorgelegt von

Georg Herzog

Diplom-Volkswirt

1932

Druck: Gebrüder Kruppke, Breslau 1, Breitestraße 47

Gedruckt mit Genehmigung der Rechts- und
Staatswissenschaftlichen Fakultät der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität Breslau.

Berichterstatter: Herr Prof. Dr. Albert Hesse.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner lieben Mutter
in Dankbarkeit gewidmet!

# Inhaltsverzeichnis.


| | Seite |
|---|---|
| I. Die Organisation der Ärzteschaft als Selbstverwaltungskörper | 8 |
| a) Der ärztliche Berufsstand | 8—9 |
| b) Die Gegnerschaft zwischen Ärzten und Krankenkassen | 9—11 |
| c) Das Berliner Abkommen | 11—13 |
| d) Die Nachkriegsverhältnisse | 13—15 |
| e) Die neue Gesetzgebung | 15—20 |
| f) Der Leipziger Verband | 20—25 |
| 1. Die organisatorische Entwicklung des Leipziger Verbandes | 22—25 |
| 2. Die Stellung des Leipziger Verbandes in der Nachkriegszeit | 25 |
| g) Die Organisation der ärztlichen Versorgung | 26—30 |
| 1. Die zentralen Einrichtungen | 26 |
| 2. Die örtlichen Versorgungseinrichtungen | 26—30 |
| II. Das Problem der sogen. ärztlichen Planwirtschaft | 31—52 |
| a) Der „numerus clausus“ in der Geschichte des Ärztestandes | 31—32 |
| b) Der Begriff „Planwirtschaft“ | 32—34 |
| c) Die sogen. ärztliche Planwirtschaft | 34—35 |
| d) Der Planwirtschaftsausschuß | 36—38 |
| e) Planwirtschaftliche Erwägungen | 38—41 |
| f) Die Vollmannschen Leitsätze | 41—42 |
| g) Das Problem der Reichsärztekammer | 42—48 |
| h) Versuch einer Lösung der sogen. Planwirtschaft in Verbindung mit dem Versorgungsproblem | 48—52 |

# Literatur-Verzeichnis.


| | |
|---|---|
| | Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 4. Auflage, VI. Band. |
| A. Hesse: | Grundriß zum Studium der politischen Ökonomie, I. Teil 12. Auflage, Jena 1927. II. Teil 10. Auflage, Jena 1930. |
| Th. Plaut: | Der Gewerkschaftskampf der deutschen Ärzte, Karlsruhe 1913. |
| Max Weber: | Wirtschaftsgeschichte, München u. Leipzig 1923. |
| R. Wissel: | Die Planwirtschaft, Hamburg 1920. |
| L. Mises: | Die Gemeinwirtschaft, Jena 1922. |
| Lutz Richter: | Die Einrichtungen der kassenärztlichen Selbstverwaltung, Leipzig 1927. |
| Lutz Richter-Sonnenberg: | Die kassenärztlichen Rechtsverhältnisse 1. Auflage Leipzig 1926. 2. Auflage Leipzig 1930. |
| Eduard Graf: | Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland, Leipzig 1890. |
| O. Heinze: | Der Deutsche Ärztevereinsbund und die ärztlichen Standesvertretungen in Deutschland von 1890—1912, Leipzig 1918. |
| Jonas: | Der Ärztestreik, ein Zeichen der Zeit, Liegnitz 1907. |
| O. Meyer: | Die Stellung der Ärzte in der deutschen Krankenversicherung, Rostock 1927. |
| Stier-Somlo: | Die Ärztefrage und der Staat, Frankfurt 1910. |
| Lehmann: | Ärzte und Krankenkassen, 2. Auflage, Berlin 1925 |
| L. Sievers: | Handbuch für Kassenärzte, Hannover 1925. |
| M. Schraeder: | Ärzte und Krankenkassen, Berlin 1924. |
| C. Jacobs: | Arzttum in Not, Leipzig 1929. |
| J. Hadrich: | Wirtschaftstaschenbuch für Ärzte, Leipzig 1926. |
| H. v. Hayek: | Freie Arztwahl und Sozialversicherung, München 1927. |
| G. Kuhns: | 25 Jahre Verband der Ärzte Deutschlands, Leipzig 1925. |
| K. Finkenrath: | Die Organisation der deutschen Ärzteschaft, Berlin 1928. |

H. Britze: Der Arzt in der Knappschaftsversicherung, Leipzig 1929.
R. Oppenheimer: Die Versorgung der Ärzteschaft, Jena 1925.
Zeller-Seidel: Grundsätze für Versorgungseinrichtungen der Verrechnungsstellen für die Privatpraxis, Leipzig 1927.

## Zeitschriften.

Ärztliche Mitteilungen, Leipzig 1924—1930
Ärztliches Vereinsblatt, Berlin 1924—1930
Der wissenschaftliche Assistent, Berlin 1925—1929
Deutsche Medizinische Wochenschrift, Leipzig 1925—1928
Klinische Wochenschrift, Berlin und München 1926
Fortschritte der Terapie, Berlin 1927
Münchener Medizinische Wochenschrift, 1926
Der Kassenarzt, Berlin 1927—1928
Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Berlin 1926—1928
Neumanns Zeitschrift für das Versicherungswesen, Berlin 1925—1928
Deutsche Krankenkasse, Zeitschrift des Hauptverbandes Deutscher Krankenkassen, Berlin 1927/28
Groß-Berliner Ärzteblatt, Berlin 1927/28
Westfälische Ärztekorrespondenz, München 1925—1928
Rheinisches Ärzteblatt, Barmen 1927—1929
Westdeutsche Ärztezeitung, Frankfurt 1925, 1928 und 1930
Medizinisches Korrespondenzblatt für Württemberg, Stuttgart 1921, 1925 und 1928
Bayrische Ärztezeitung, München 1927—1930
Schlesische Ärztezeitung, Breslau 1924—1930
Ärzteblatt der Provinz Brandenburg, Grenzmark und Pommern, Berlin und Oldenburg 1929
Ostdeutsche ärztliche Grenzwarte, Königsberg 1929/30
Ärztliche Mitteilungen aus und für Sachsen, Hannover 1929
Norddeutsches Ärzteblatt, Hamburg 1925
Anwaltsblatt, Nachrichten für die Mitglieder des Deutschen Anwaltsvereins, Leipzig 1926

## Sonstige Veröffentlichungen.

Die Bedeutung der freien Arztwahl in der deutschen Sozialversicherung, Beiträge zur Versicherungsgesetzgebung, Leipzig 1927

Jahresberichte des Generalsekretärs des Verbandes der Ärzte Deutschlands
Rundschreiben und Nachrichtenblätter des Verbandes der ärztlichen Verrechnungsstellen
Diverse Rundschreiben und Gutachten ärztlicher Vereine, Versorgungskassen und Verrechnungsstellen
Satzungen und Richtlinien sämtlicher ärztlicher Versorgungseinrichtungen
Jahresberichte der Deutschen Ärzteversicherung a. G.

*

Aufgabe der nachstehenden Abhandlung ist es, die sogen. ärztliche Planwirtschaft und die ärztliche Pensionsversicherung in ihrer Problematik zu erfassen.

Zunächst wird die Organisation der freien Ärzteschaft und die Entwicklung der kassenärztlichen Selbstverwaltung geschildert und damit der Rahmen gekennzeichnet, in den die kassenärztliche Tätigkeit eingefügt ist. Zugleich wird dargetan, in welchen Grenzen sich der Nahrungsspielraum der Kassenärzte bewegt.

Es folgt alsdann ein kurzer Hinweis auf die bestehenden ärztlichen Versorgungseinrichtungen. Damit ist die Absicht verbunden, zu zeigen, welche ungeheuere Zersplitterung schlummernde Kräfte nicht zur Auswirkung gelangen läßt.

Sodann wird das Problem der Planwirtschaft charakterisiert. Hierbei sind die fehlgeschlagenen Versuche einer Lösung des Problems untersucht und die Ursachen dieses Mißerfolges festgestellt worden.

Zum Schluß wird der Versuch unternommen, zu beweisen, daß durch Zusammenschluß der ganzen Versorgungsbewegung jene schlummernden Kräfte frei gemacht werden können, sodaß durch sie das Problem der Planwirtschaft der Lösung nahe gebracht wird und damit stabile Verhältnisse auf gefestigter Grundlage geschaffen werden.

Nach Abschluß vorliegender Arbeit ist im Deutschen Reichsanzeiger und Preuß. Staatsanzeiger Nr. 12 vom 15. 1. 32 (vergl. Reichsgesetzbl. I 3/1932) auf Grund der 4. Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens vom 8. 12. 31 eine Verordnung über kassenärztliche Versorgung vom 14. 1. 32 veröffentlicht worden. Diese Verordnung hat einige nicht unwichtige Änderungen gebracht, so daß ich mich nachträglich veranlaßt sehe, diese Änderungen, soweit sie als wesentlich anzusehen sind, an einschlägigen Stellen jeweils in einer Fußnote wiederzugeben.

# I. Die Organisation der Ärzteschaft als Selbstverwaltungskörper.

## a) Der ärztliche Berufsstand.

Mit der Approbation wird der Arzt Angehöriger eines wenigstens formell freien Berufes, der für einen Teil seiner Funktionen eine gewisse Monopolstellung inne hat. Man denke z. B. an die ausschließliche Tätigkeit für die Träger der staatlichen Sozialversicherung, an die Gutachtertätigkeit, die Behandlung von Geschlechtskranken, die Öffnung von Leichen usw. Der Titel „Arzt" ist ein durch den § 29 der Gewerbeordnung geschützter Rechtsbegriff, der nur durch die Approbation erworben werden kann. [1]) Diese ist eine staatliche Pflichterfüllung zur Erhaltung eines wissenschaftlichen und praktisch erfahrenen Ärztestandes.

Der Arztberuf ist als freier Beruf gekennzeichnet im Gegensatz zum Gewerbe. Abgesehen davon, daß die Verfolgung materieller Interessen für den ärztlichen Beruf nicht das primäre Moment sein soll, wird der Arzt durch eine Reihe öffentlich-rechtlicher Pflichten und Rechte aus dem Stande der Gewerbetreibenden herausgehoben. [2]) Als wesentliches Moment ist hierbei seine Unterstellung unter die Ehrengerichtsbarkeit zu beachten. Grundsätzlich gilt für den Arzt kein Kontrahierungszwang, vielmehr die Kurierfreiheit, d. h. er kann nach freiem Ermessen die Behandlung eines Patienten ablehnen. Jedoch ist diese Freiheit wiederum insofern eingeschränkt, als er in Notfällen behandeln muß

[1]) vergl. Olga Meyer, Die Stellung der Ärzte in der deutschen Krankenversicherung. Rostock 1927.

[2]) vergl. W. Spielhagen „Zur Frage einer Reichsärzteordnung", Ärztliches Vereinsblatt Nr. 18, 1929.

[3]) So war es z. B. bei dem Leipziger Ärztestreik 1904.

und gegebenenfalls von der Polizei zur Behandlung gezwungen werden kann. [3]). So wird auch vom ärztlichen Ehrengerichtshof stets ein „Kurierzwang" für Ärzte abgelehnt, dagegen zum Ausdruck gebracht, daß es sittliche und Standespflicht der Ärzte ist, in Notfällen mit Lebensgefahr verbunden, bedingungslos zur Hilfe bereit zu sein. Juristisch betrachtet, ist der ärztliche Beruf nur an die allgemein gültigen Gesetze und an die jeweils geltende Standesordnung, für Preußen nach den Beschlüssen des Ausschusses der Preußischen Ärztekammern in der Sitzung vom 26. 3. 1909, gebunden. Der grundlegende Satz der Preußischen Standesordnung besagt, daß jeder Arzt verpflichtet ist, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und durch sein Verhalten in der Berufstätigkeit wie außerhalb derselben die Ehre und das Ansehen des Standes zu wahren.

Die grundsätzliche Freiheit der Ärzte, nach Belieben eine Behandlung zu übernehmen oder abzulehnen, hat im Laufe der Zeit auf Grund der immer schwieriger werdenden wirtschaftlichen Verhältnisse ihre Bedeutung verloren. Tatsächlich ist es daher gekommen, daß die Mehrzahl der Ärzte vertragliche Bedingungen mit den Krankenkassen eingehen mußte, [1]) zumal auch der krankenversicherte Personenkreis in den letzten 40 Jahren derart angewachsen ist, daß nur ein ganz geringer Teil der Ärzte auf die Kassenpraxis verzichten kann, während ein anderer erheblich größerer Teil infolge Überfüllung des Berufes keine oder noch keine Kassenpraxis auszuüben vermag. Allerdings ist der Kassenpraxis treibenden Ärzteschaft die Freiheit nicht einfach durch Gesetz genommen, sondern es ist ihr im Rahmen der Reichsversicherungsordnung die Selbstverwaltung zuerteilt worden. Soll sie sich selbst verwalten und ihre wirtschaftlichen Belange wirksam zu wahren imstande sein, ist die Organisation der Ärzteschaft unerläßliche Voraussetzung. [2]) Darüber im nächsten Abschnitt.

## b) Die Gegnerschaft zwischen Ärzten und Krankenkassen.

Von der Einführung der Krankenversicherung im Jahre 1883 an finden wir Gegensätze zwischen Ärzten und Krankenkassen. In den ersten Jahren, solange infolge der geringen Ausdehnung

[1]) Die Mitglieder der Krankenkassen haben auf Grund der zwischen den Ärzten und Krankenkassen abgeschlossenen Verträge **Anspruch** auf Behandlung.

[2]) vergl. L. Ruhland „Die Bedeutung der freien Arztwahl in der deutschen Sozialversicherung", Leipzig 1927, S. 14.

der Krankenversicherung nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der Ärzte Kassenpraxis ausübte, waren die widerstreitenden Interessen nicht so sehr in Erscheinung getreten, besonders da die fast ausnahmslos den ärmeren Schichten angehörenden Patienten den Kassen, die nur sehr bescheidene Vergütungen an die Ärzte zahlten, nicht allzuhohe Kosten verursachten. Dieser Umstand kam den neugegründeten Krankenkassen zu Hilfe, und so wurde es möglich, daß sie Honorare zahlten, die sprichwörtlich als „Dienstmannslohn" bezeichnet wurden. Daß von Seiten der Ärzte damals gegen das Vorgehen der Kassen nicht einheitlich Front gemacht wurde, lag erstens daran, daß nur ein Teil überhaupt daran interessiert war, während die Mehrzahl der Ärzte der Krankenversicherung nur eine untergeordnete Bedeutung zuerkannte, und zweitens, daß die damalige einzige einheitliche Organisation der Ärzteschaft, der Deutsche Ärztevereinsbund, zur Wahrnehmung wirtschaftlicher Belange nicht nur nicht geschaffen, sondern auch nicht geeignet war. [1]) Mit der Zunahme der Versichertenzahl um die Wende des Jahrhunderts wurden immer mehr Ärzte zur Behandlung Krankenversicherter benötigt, und allmählich begannen die Gegensätze allgemeiner Natur zu werden. Die Zustände wurden für die wirtschaftlich nicht organisierten Ärzte immer unhaltbarer.

In diese Zeit der größten Not im Ärztestande fällt die Gründung des „Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen" durch Dr. Hartmann in Leipzig im Jahre 1900. [2]) Der Verband, kurz genannt „Leipziger Verband", war ursprünglich gewerkschaftlich aufgebaut. Er sollte zunächst den Zweck haben, die deutschen Ärzte einheitlich zusammenzufassen und zu binden, eine leistungsfähige Streikkasse zu gründen und nach Erfüllung dieser Vorbedingungen den Kampf mit den Kassen um die Honorarhöhe und das Arztsystem [3]) aufzunehmen, soweit gütliche Verhandlungen mit den Kassenvorständen zu keinem Ergebnis führten. Kaum war der Verband ins Leben gerufen, als auch schon die Kämpfe begannen. Die beiden größten und wichtigsten Kämpfe waren der

[1]) vergl. O. Heinze „Der Deutsche Ärztevereinsbund und die ärztlichen Standesvertretungen" Leipzig 1918, S. 74 ff. Kurt Finkenrath „Die Organisation der deutschen Ärzteschaft", Berlin 1928, S. 28.

[2]) vergl. Georg Kuhns „25 Jahre Leipziger Verband (Hartmannbund)" Leipzig 1925.

[3]) Definition der verschiedenen Arztsysteme vergl. Luth Richter-Sonnenberg „Die kassenärztlichen Rechtsverhältnisse", 2. Auflage, S. 180/195, Leipzig 1930.

Kölner von 1903 und der Leipziger von 1904. Beide wurden in einem derartigen Umfang und mit solcher Schärfe geführt, daß die Verwaltungsbehörden eingreifen und die Vermittlung übernehmen mußten. [1]). Beide Kämpfe führten zu einem vollen Erfolge für die Ärzteschaft und bei den vielen Kämpfen des nachfolgenden Jahrzehnts war der Sieg fast stets auf ärztlicher Seite, soweit die Ärzte die für die Kämpfe vom Leipziger Verband bezeichneten Richtlinien beachteten.

## c) Das Berliner Abkommen.

Für die Zeit des Inkrafttretens der RVO. am 1. Januar 1914 drohte, da eine Einigung zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht zustande kam, ein allgemeiner Kampf, der sich über das ganze Reichsgebiet erstreckt hätte. Die Schäden, die dadurch entstanden wären, waren garnicht abzusehen. In letzter Stunde sah sich die Regierung durch die Haltung der Presse sowie auf Intervention einiger Landesregierungen, insbesondere von Bayern, Sachsen, Württemberg und Baden, veranlaßt, die zum Kampf gerüsteten Gegner an den Verhandlungstisch zu rufen. Hierbei kam das sogenannte „Berliner Abkommen" [2]) zustande, das als Vorläufer der heutigen kassenärztlichen Selbstverwaltung Bedeutung gewonnen hat.

Die Bedeutung des Berliner Abkommens vom 23. 12. 1913 liegt in allererster Reihe, wenn auch die Kassenkämpfe des Leipziger Verbandes keineswegs restlos beendet waren, darin, die Kämpfe größtenteils auf friedliche Bahnen abzulenken. Man hatte durch das Berliner Abkommen den Ärzten die freie Arztwahl nicht ohne weiteres zugestanden und begnügte sich zunächst mit der Vorschrift, daß die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durch schriftlichen Vertrag zu regeln seien.

Eine der wichtigsten Bestimmungen des Vertrages ist die, daß jede Krankenkasse auf je 1350 Versicherte und bei Familienbehandlung auf je 1000 Versicherte einen Arzt anzustellen hat. Damit war eine gewisse Gleichmäßigkeit in planwirtschaftlicher Hinsicht geschaffen. Die Anstellung von neuen Kassenärzten wurde den Kassenvorständen genommen und einer besonderen

---

[1]) Die Verwaltungsbehörden greifen erst ein, wenn Gefahr für die öffentliche Ordnung besteht.

[2]) vergl. Luth Richter-Sonnenberg „Die kassenärztlichen Rechtsverhältnisse", Leipzig 1926, S. 9ff;

vergl. Luth Richter „Die Einrichtungen der kassenärztlichen Selbstverwaltung" Leipzig 1927, S. 15ff.

Körperschaft, dem sogenannten Zulassungsausschuß, anvertraut. Dieser Zulassungsausschuß ist paritätisch aus Vertretern der Ärzte und der Kassen zusammengestzt.

Die Kassenvorstände behalten lediglich das Recht, Vorschläge zu machen und einen ihnen nicht genehmen Arzt aus einem wichtigen Grunde abzulehnen. Zugelassen können die Ärzte werden, die in das Ärzteregister eingetragen sind. Diese Register werden bei den Versicherungsämtern eingerichtet, und alle Ärzte, die Kassenpraxis betreiben wollen, können sich eintragen lassen. Die bereits Kassenpraxis treibenden Ärzte werden von Amtswegen eingetragen. Die Auswahl der Zugelassenen erfolgt von Fall zu Fall nach Verständigung der beiderseitigen Vertreter. Sie kann sich nach der Reihenfolge der Eintragung, der Niederlassungszeit, dem Approbations- oder Lebensalter richten, möglicherweise aber auch vom freien Ermessen unter Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse abhängig gemacht werden. Gegen die Wahl eines Arztes für eine zu besetzende Kassenarztstelle ist Einspruch beim Schiedsamt zulässig. [1])

Ebenso wie die Zulassungsausschüsse sind die sogen. Vertragsausschüsse paritätisch zusammengesetzt. Die Vertragsausschüsse wirken beim Abschluß von kassenärztlichen Verträgen mit. Die Parteien können unabhängig vom Vertragsausschuß über Vertragsabschlüsse verhandeln. Diese Parteiverhandlungen haben nur die Bedeutung, daß sie für die Verhandlungen im Vertragsausschuß eine Grundlage bilden können, auf welcher dann der Vertragsabschluß erfolgt.

Weit wichtiger als die Vertragsausschüsse sind die schon erwähnten Schiedsämter, die im allgemeinen den Bezirk je eines Oberversicherungsamtes umfaßten. Zusammengesetzt waren sie aus dem Vorsitzenden des Oberversicherungsamtes oder dessen Stellvertreter und einer Anzahl von Beisitzern, von denen einige unparteiische und die anderen paritätische Vertreter der Ärzte und Krankenkassen waren. Die Schiedsämter hatten hauptsächlich die Aufgabe, Streitigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen auf friedlichem Wege auszugleichen. Ihnen kam die Hauptbedeutung des ganzen Vertrages zu. Bei allen Angelegenheiten, die in den Zulassungsausschüssen oder Vertragsausschüssen auf Schwierigkeiten stießen, d. h. wenn eine Einigung der Parteien nicht zustande kam, hatte der Vorsitzende des Versicherungsamtes die Angelegenheit dem Schiedsamt zur Entscheidung zu unterbreiten, welches seinerseits eine Entschei-

[1]) vergl. weiter unten Seite 14.

dung über die streitigen Punkte zu fällen hatte. Zur Bildung eines Zentral-Schiedsamtes, das als über den Schiedsämtern stehende letzte Instanz gedacht war, kam es vorläufig nicht, sondern erst im Mai 1921 kam statt des Zentralschiedsamtes ein Reichsschiedsamt zustande. [1]) Als besonders wichtige Aufgabe war den Schiedsämtern die Entscheidung zugewiesen worden über die Frage, ob in einem Streitfalle ein wichtiger Grund zur Änderung des Arztsystems vorlag oder nicht. Die Bedeutung der Schiedsämter geht schon aus der Tatsache hervor, daß die Vertragsausschüsse über die abzuschließenden Verträge erst dann beraten konnten, wenn das betreffende Schiedsamt über das Arztsystem entschieden hatte. Die Entscheidung der Schiedsämter war für beide Parteien bindend, jedenfalls solange bis das Reichsschiedsamt zustande kam, welches dann als Berufungsinstanz, evtl. auch als Revisionsinstanz bei festgestellten Mängeln im Verfahren fungierte.

Zur Überwachung der einheitlichen und gleichmäßigen Durchführung des Abkommens und seiner Ausführungsbestimmgen wurde 1913 der Zentralausschuß gebildet. [2]). Dieser hatte über die Auslegung zweifelhafter Bestimmungen zu entscheiden. Er setzte sich aus behördlich ernannten und von den Interessenten bestimmten Vertretern zusammen.

## d) Die Nachkriegsverhältnisse.

Wenn auch das Berliner Abkommen auf die Betriebskrankenkassen der Eisenbahnverwaltung sowie auf die knappschaftlichen Krankenkassen nicht ausgedehnt war, so war doch mit ihm für die übrigen reichsgesetzlichen Krankenkassen eine Regelung getroffen worden. Zwar handelt es sich bei dem Berliner Abkommen nicht um eine bis ins einzelne gehende Regelung der kassenärztlichen Tätigkeit, aber es war schon ein wesentlicher Fortschritt, daß die Bedingungen nicht mehr mit dem einzelnen Arzt, sondern durch paritätisch zusammengesetzte Ausschüsse festgesetzt wurden. Wenn auch die Möglichkeit bestand, das Abkommen zu umgehen, so setzte es sich doch allmählich durch. Immer mehr Kassen und Ärzte stellten sich auf den Boden des Abkommens, und soweit dies geschah, war auf einige Zeit der Frieden gesichert. Die Auswirkung des Abkommens wurde zwar durch vier Kriegsjahre stark behindert, und die

[1]) vergl. Kuhns a. a. O. S. 339.
[2]) vergl. Kuhns a. a. O. S. 317.

außerordentlich schwierigen Verhältnisse während der Nachkriegszeit ließen eine Durchsetzung des Abkommens nur in bescheidenem Maße zu. Immerhin bildet es in dem Aufbau der Organisation der kassenärztlichen Selbstverwaltung noch heute für die wesentlichen Teile die Grundlage. Während der Inflationszeit sind einzelne Reichsnotabkommen getroffen worden, die aber lediglich durch die veränderten Verhältnisse bedingt waren, wie auch von behördlicher Seite aus eine Reihe von Notverordnungen erlassen worden ist. Mit den Notverordnungen vom Oktober und November 1923 und Februar 1924 und einigen abändernden Verordnungen wird jedoch eine einschneidende Veränderung geschaffen. [1])

Aus der Notverordnung vom 30. Oktober 1923 entnehmen wir zunächst die Schaffung eines Überwachungsausschusses, bestehend aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen im Bezirk eines Versicherungsamtes und aus einem von ihnen gewählten Obmann, der, falls keine Einigung erfolgt, vom Versicherungsamt bestellt wird. Der Überwachungsausschuß ist als Berufungsinstanz eingesetzt, falls ein Arzt mit einer Kündigung seitens einer Kasse oder mit einer Zulassungsverweigerung durch den Zulassungsausschuß nicht einverstanden ist. Wird die Wahl der Vertreter oder die Tätigkeit des Überwachungsausschusses von den Ärzten oder den Kassen verhindert, so tritt an seine Stelle der Vorsitzende des Oberversicherungsamtes.

Die wichtigste Bestimmung dieser Verordnung ist die Einführung des numerus clausus, d. h. der Berechtigung der Kassen, über das Verhältnis von je einem Arzte zu 1350 Versicherten, bei Familienbehandlung zu je 1000 Versicherten, die Zulassung weiterer Ärzte abzulehnen. [2]). Eine Beschwerde an den Überwachungsausschuß kann sich nur auf die Behauptung stützen, daß die genannte Höchstzahl noch nicht erreicht worden ist, oder daß der Kassenvorstand entgegen seinem Beschlusse andere Ärzte neu zugelassen hat.

Durch die Verordnung ist fernerhin den Ärzten die Möglichkeit genommen worden, nach Ablauf oder Abbruch eines Vertrages die Behandlung von Kassenpatienten abzulehnen. Vielmehr sind sie verpflichtet, die Behandlung, und zwar vorläufig unter den bisher geltenden Bedingungen, solange fortzusetzen, bis über die künftigen Bedingungen eine Einigung erzielt oder ein

[1]) vergl. Lutz Richter-Sonnenberg a. a. O. S. 10.

[2]) Nach der Verordnung vom 14. 1. 32 ist die Zulassungszahl in der Weise geändert, daß auf je 600 Versicherte im Zulassungsbezirk ein Arzt entfällt. (§ 368 b RVO.).

endgültiger Schiedsspruch getroffen worden ist. Zwar ist diese Verpflichtung nicht direkt ausgesprochen, aber es ist doch zum Ausdruck gebracht, daß, wenn die Ärzte die Behandlung verweigern, dies als eine ernstliche Gefährdung ärztlicher Versorgung bei einer Krankenkasse im Sinne des § 370 RVO. gelten kann. Damit seien die Kassen ermächtigt, auf Antrag beim Oberversicherungsamt statt der sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung, eine bare Leistung bis zu $^2/_3$ des durchschnittlichen Betrages ihres gesetzlichen Krankengeldes zu gewähren.

## e) Die neue Gesetzgebung.

Bereits in der Oktoberverordnung von 1923 wird davon gesprochen, daß für die Tätigkeit der Kassenärzte Richtlinien zu beachten sind, die der auf Grund einer besonderen Verordnung über Ärzte und Krankenkassen errichtete Reichsausschuß festsetzt. Diese Verordnung über Ärzte und Krankenkassen, deren Inhalt unter § 368 — § 368 t vor der neuen Fassung der RVO. vom 15. 12. 1924 aufgenommen worden ist, bezeichnet die Zusammensetzung und den Wirkungskreis des Reichsausschusses näher. [1] [2] Er besteht aus 13 Mitgliedern, von denen 10 je zur Hälfte auf die Dauer von 5 Jahren von den bestehenden Spitzenverbänden der Ärzte und der Krankenkassen gewählt werden. Die 3 weiteren werden vom Reichsminister als unparteiische Mitglieder ernannt. Der Reichsausschuß berät und beschließt als engerer und und erweiterter Ausschuß. Als engerer Ausschuß besteht er nur aus den parteiischen Mitgliedern und evtl. einem unparteiischen Mitglied mit beratender Stimme. Der engere Ausschuß verrichtet regelmäßig die Obliegenheiten des Reichsausschusses. Den Vorsitz führt ein Vertreter der beiden Parteien abwechselnd. Die vom Reichsausschuß aufgestellten Richtlinien können sich vor allem erstrecken auf:

1. Die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit bei Krankenkassen.
2. Den allgemeinen Inhalt der Arztverträge.
3. Die Art und Höhe der Vergütung für die ärztlichen Leistungen.
4. Die Schutzmaßnahmen der Kassen gegen eine unnötige Inanspruchnahme der Krankenhilfe.
5. Die Sicherungsvorschriften gegen eine übermäßige Inanspruchnahme einzelner Ärzte.

---

[1] vergl. Luth Richter a. a. O. S. 29.

[2] Die §§ 368—373 der RVO. sind durch die zitierte Verordnung vom 14. 1. 32 neu gefaßt worden.

Die Richtlinien sollen sich ferner darauf erstrecken, wie durch den Nachweis freier Kassenarztstellen auf eine planmäßige Verteilung der Ärzte über das zu versorgende Gebiet hingewirkt werden kann unter Vermeidung von Zuzug nach überfüllten Plätzen. Der Reichsausschuß ist damit an die Stelle des Zentralausschusses getreten.

In der Oktoberverordnung von 1923 finden sich auch Bestimmungen über die Vertragsausschüsse, die Schiedsämter und über das Reichsschiedsamt. Bei den Vertragsausschüssen und Schiedsämtern hat sich an der bestehenden Form wenig geändert. Das Reichsschiedsamt besteht aus dem Präsidenten des Reichsversicherungsamtes oder einem Stellvertreter als Vorsitzenden, 2 weiteren unparteiischen Mitgliedern und 6 Mitgliedern, die je zur Hälfte von den Spitzenverbänden der Ärzte und der Krankenkassen gewählt werden. Das Reichsschiedsamt ist schon beschlußfähig, wenn von den Vertretern der Ärzte und Krankenkassen nur je 2 teilnehmen. Die unparteiischen Vertreter werden vom Präsidenten des Reichsversicherungsamtes bestellt, wenn sich die Verbände über sie nicht einigen. Mindestens einer von ihnen soll die Befähigung zum Richteramt besitzen. Seit dem Inkrafttreten der Verordnung über Abänderung des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung vom 22. Mai 1926 bestehen die Überwachungsausschüsse nicht mehr.

Der Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen hat am 12. Mai 1924 Richtlinien für den allgemeinen Inhalt der Arztverträge aufgestellt, die am 14. 11. 1925 durch die vom Reichsausschuß erlassenen Bestimmungen über das Arztsystem und durch die am 14. 11. 1928 erlassenen Vertragsrichtlinien ergänzt worden sind. [1]) Die Richtlinien, die das System der kassenärztlichen Selbstverwaltung in organisatorischer Hinsicht noch weiter ausbauen, sind auch heute noch maßgebend für die gesamte kassenärztliche Tätigkeit.

Grundsätzlich soll die Vertragsfreiheit der Kassen und der Kassenärzte durch die Richtlinien nicht berührt werden. Diese sollen vielmehr eine allgemeine Grundlage für die Regelung der vertraglichen Beziehungen zur Sicherung gleichmäßiger und angemessener Vereinbarungen bilden. Sie sollen insbesondere für den Fall von Meinungsverschiedenheiten zum Ausdruck bringen, was im beiderseitigen Interesse als angemessen zu gelten hat.

Zunächst werden Zulassung und Arztsystem behandelt, insbesondere wird festgelegt, unter welchen Voraussetzungen die

[1]) vergl. Lutz Richter-Sonnenberg a. a. O., 2. Auflage, S. 175.

Zulassung zu erfolgen hat. Es wird eine Karenzzeit festgesetzt, für die Gebiete, in denen die Zahl der Versicherten hinter 1350 bezw. 1000 auf einen Arzt zurückbleibt. [1]) Ferner wird bestimmt, daß nicht mehr Ärzte zugelassen werden dürfen, als nach den örtlichen Zulassungsbestimmungen am 1. April 1924 zugelassen, oder zulassungsberechtigt waren. Bezüglich des Arztsystems wird bestimmt, daß das System maßgebend sein soll, welches vor dem 1. Dezember 1923 zuletzt vertraglich festgestellt war, unter der Voraussetzung, daß dieses System die ordnungsmäßige Versorgung der Kassenmitglieder gewährleistet.

Hinsichtlich der Vertragsform heißt es, daß der Arztvertrag als Einzelvertrag oder als Kollektivvertrag in der Form eines Mantelvertrages geschlossen werden kann. Für den letzteren Fall wird ein Verpflichtungsschein vorgesehen, der vor Aufnahme der kassenärztlichen Tätigkeit für die Kasse von den Kassenärzten zu unterschreiben ist. [2])

Im Abschnitt „Vergütung" wird über die Systeme der Bezahlung der Kassenärzte gesprochen. Man scheidet 3 Arten von Vereinbarungen.

1. Die Vergütung nach Einzelleistungen.
2. Das Fallpauschale.
3. Das Kopfpauschale.

Zu 1. Bei der Vergütung nach Einzelleistungen erfolgt die Berechnung der Leistungen nach den Mindestsätzen der Preußischen Gebührenordnung vom 25. 2. 1924, zeitweise unter Absetzung eines gewissen Prozentsatzes vom Endbetrage. Die Berechnung der Leistungen ist aber nach 2 Seiten begrenzt. Zunächst ist die Zahl der Krankheitsfälle für Arzt und Vierteljahr auf hundert, in Bezirken mit vorwiegend ländlichen Verhältnissen auf 50 beschränkt, bei denen die Leistungen voll angerechnet werden dürfen. Diese Zahlen werden stets überschritten. In keinem Falle darf das Gesamthonorar für den Krankheitsfall im Vierteljahr das siebenfache der Mindestgebühr — diese ist seit Jahren auf 1 Mk. festgesetzt — nicht überschreiten.

Einer solchen Beschränkung hinsichtlich des Honorars unterliegen nicht Krankenhausbehandlungen, Sachleistungen wie Röntgenuntersuchungen, Licht-, Wärme- und Strahlenbehandlungen, ferner größere Operationen, Nachtleistungen, Wegegebühren und

[1]) Nach der Verordnung vom 14. 1. 32 ist die Zulassungszahl in der Weise geändert, daß auf je 600 Versicherte im Zulassungsbezirk ein Arzt entfällt. (§ 368b RVO.).

[2]) Luth Richter-Sonnenberg a. a. O., 1. Auflage, S. 129.

Geburtshilfe. Mit Ausnahme der 3 letztgenannten Leistungen bedürfen diese aber vorheriger kassenseitiger Genehmigung, wobei die Kassen, ebenso wie bei den Wegegebühren, vom Rechte des Abstreichens von Leistungen Gebrauch machen dürfen.

Zu 2. Bei dem Fallpauschale werden die gewöhnlichen Leistungen nicht nach Einzelleistungen sondern durch eine Pauschsumme abgegolten. Diese berechnet sich nach einem Pauschbetrage, der für jeden Krankheitsfall das x-fache der Mindestgebühr der Preußischen Gebührenordnung vom 25. 2. 1924 beträgt.

Zu 3. Bei dem Kopfpauschale wird der Pauschbetrag entsprechend der Mitgliederzahl der Kasse festgesetzt. Bei den Pauschvergütungen wird durch die Gesamtleistungen der Kassenärzte, die nach Punkten berechnet werden, der Wert des Punktes ermittelt. Darauf wird das Vielfache der anteiligen Leistungen des einzelnen Kassenarztes, in Punkten ausgedrückt und in Mark umgerechnet, an den Arzt überwiesen. Es finden sich in diesem Teile auch noch Bestimmungen, auf welche Weise eine Herabminderung der Sonderleistungen, Sachleistungen und Fuhrkosten, tunlichst zu erreichen ist. Besonders diese Vorschriften sind in den Vertragsrichtlinien vom 14. 11. 1928 weiter erläutert, so daß den Ärzten ganz enge Grenzen gesteckt sind, wie auch durch die weiter unten bezeichneten Richtlinien. [1])

Die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit auch hinsichtlich der ärztlichen Rechnungen und der Verordnungsweise und dergl. geschieht durch einen von der Ärztevertretung zu bestellenden Prüfungsausschuß, auch Kontrollkommission oder Nachuntersuchungskommission genannt, an dessen Tätigkeit die Kasse durch einen von ihr bestellten Arzt zu beteiligen ist. Für die Tätigkeit der Prüfungsausschüsse sind Richtlinien am 27. 2. 1926 erlassen worden, nach denen diese Ausschüsse die Einhaltung der im Vertrage übernommenen Verpflichtungen überwachen. Über die Prüfung der Rechnungen und Verordnungsweise hinaus haben sie auch die Aufgabe der Prüfung der Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit.

Die Pflichten der Kassenärzte sollen durch eine Dienstanweisung geregelt werden, die einen Bestandteil des Vertrages bildet. Aus dieser Dienstanweisung, deren Muster vom Reichsausschuß herausgegeben ist, sind die Bestimmungen zu entnehmen, die, zusammengefaßt in 11 Paragraphen, sich mit den Pflichten

[1]) vergl. S. 19.

der Kassenärzte hauptsächlich in Bezug auf größtmöglichste Sparsamkeit beschäftigen.

Ein weiterer Ausschuß, der sogen. Arztausschuß, aus Vertretern der Kassen und Ärzte paritätisch zusammengesetzt, soll zur Erledigung allgemeiner Arzt- und Kassenangelegenheiten und zur Förderung der Zusammenarbeit gebildet werden. Aufgabe des Ausschusses ist es, bei der Regelung aller die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder und die Stellung der Kassenärzte betreffenden Fragen, mitzuwirken und durch Anträge, Verhandlungen und gutachtliche Äußerungen eine zweckmäßige und friedliche Lösung dieser Fragen zu fördern. Der Ausschuß entscheidet als Schiedsstelle über Streitigkeiten, die zwischen der Kasse und den Kassenärzten über die Auslegung des bestehenden Vertrages entstehen. Besteht Uneinigkeit der Mitglieder des Arztausschusses, so wird ein unparteiischer Vorsitzender gewählt. Kommt eine solche Wahl nicht zu stande, so soll der Leiter des zuständigen Versicherungsamtes um Übernahme des Amtes oder um Bestellung eines Vorsitzenden gebeten werden. Der Arztausschuß entscheidet endgültig und für beide Teile bindend.

An weiteren neuen Bestimmungen sind vom Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen erlassen:

1. Bestimmungen über das Arztsystem vom 14. 11. 1925.
2. Bestimmungen über die Zulassung zur Kassenpraxis vom 14. 11. 1925 mit 2 Hauptabschnitten:
   a) Bestimmungen über das Verfahren bei der Zulassung zur Kassenpraxis (Zulassungsbestimmungen).
   b) Grundsätze für die Tätigkeit der Zulassungsausschüsse (Zulassungsgrundsätze). Ergänzt durch die Zulassungsordnung vom 14. November 1928.
3. Bestimmungen über die Errichtung von Vertragsausschüssen vom 15. 1. 1925 und Vertragsausschußordnung vom 14. 11. 1928.
4. Richtlinien für wirtschaftliche Arzneiverordnung vom 15. 5. 1925.
5. Richtlinien für die Anwendung elektro-physikalischer Heilmethoden vom 15. 5. 1925.
6. Richtlinien für die Tätigkeit der Prüfungsausschüsse vom 27. 2. 1926.
7. Bestimmungen über die Voraussetzungen für die Auswahl eines nichtzuständigen Arztes bei Bildung von Arztbezirken vom 14. 11. 1928.

Diese Bestimmungen in Verbindung mit der vom Reichsversicherungsamt am 8. 4. 25 erlassenen Schiedsamtsordnung, der am 17. 2. 25 erlassenen Reichsschiedsamtsordnung und den vorher dargelegten Grundsätzen stellen die kassenärztlichen Rechts- und Wirtschaftsverhältnisse in der Gegenwart dar. Wir sehen aus der Fülle dieser Richtlinien und Verordnungen, in welchen starren Grenzen sich das Tätigkeitsfeld und damit der Nahrungsspielraum der Gesamtärzteschaft bewegt.

## f) Der Leipziger Verband.

Der Leipziger Verband war ursprünglich, wie schon oben gesagt, rein gewerkschaftlich aufgebaut. Aus dem ersten Entwurf einer vorläufigen Satzung ist unter dem Titel „Zweck" das gewerkschaftliche Prinzip ganz deutlich angesprochen. Der Verband, damals noch Schutzverband genannt, hat den Zweck, die wirtschaftliche Lage der Ärzte im ganzen Reiche zu bessern, und den einzelnen einen wirksamen Schutz zu gewähren gegen die rücksichtslose Ausbeutung ihrer Arbeitskraft seitens der Krankenkassen und die Übergriffe der Kassenvorstände. Der Zweck sollte erreicht werden durch eine einheitliche Organisation und durch Schaffung einer Streikkasse. Über die Verwendung des Streikgeldes wird in den Satzungen gesagt: [1])

Von solchen Geldmitteln sollen:

1. Unterstützungen an solche Kollegen gezahlt werden, welche bei einem Kampf gegen Kassenvorstände von diesen gemaßregelt werden und solche, welche wegen absolut unzulänglicher Honorierung gegen Krankenkassen vorgehen müssen.
2. Die Kosten gedeckt werden, welche in Fällen von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen für die Agitation und die nötigen Publikationen in der Presse und am schwarzen Brett der medizinischen Fakultäten auflaufen.
3. Die Kosten gedeckt werden, welche das Fernhalten etwaigen Zuzuges in solchen Fällen verursacht.
4. Die Kosten bestritten werden für regelmäßig zu erlassende Warnungen vor dem Studium der Medizin, um der weiteren Überfüllung des Standes entgegenzutreten.

Über die Organisation des Verbandes entnehmen wir diesem ersten Satzungsentwurf, daß die Organe des Verbandes der ge-

[1]) vergl. Kuhns a. a. O. S. 412 ff.

schäftsführende Vorstand, die Vertrauensmänner der einzelnen Bezirke und die Generalversammlung sind. Die Sammelbezirke sind jeweils identisch mit den Bundesstaaten bezw. bei den großen Bundesstaaten mit den Provinzen, sowie der Stadt Berlin. Die Generalversammlung besteht aus dem Vorstand und den Vertrauensmännern. Sie ist also eigentlich eine Vertreterversammlung, denn die Mitgliedschaft der Ärzte beim Leipziger Verband ist eine Einzelmitgliedschaft, während bei der Generalversammlung nicht alle Mitglieder stimmberechtigt sind, sondern nur die erwählten Vertrauensmänner.

In dem zweiten Entwurf der vorläufigen Satzung vom 31. März 1901 finden wir sowohl bei dem Vereinszweck als in der Organisation bereits eine Veränderung. Zwar wird dieser 2. Satzungsentwurf noch stark von gewerkschaftlichen Prinzipien getragen, aber man sieht schon, daß standespolitische Momente mehr in den Vordergrund treten. Die Anlehnung an die Standesorganisation der Deutschen Ärzteschaft ist in den Satzungen dadurch ausgedrückt, daß der Verband seine Tätigkeit in engster Fühlungnahme mit den Standesvereinen, insbesondere mit dem Deutschen Ärztevereinsbund ausüben soll. Der Ausdehnung des Vereinszweckes ist durch die Gründung einer Unterstützungskasse, die Einrichtung eines Stellennachweises, die Errichtung einer wirtschaftlichen Korrespondenz, die Errichtung einer Dienststelle für Aufklärung und die Unterstüzung der berechtigten Bestrebungen der Ärzte zur Bekämpfung des Kurpfuschertums Rechnung getragen. In der Organisation ist insofern eine Erweiterung eingetreten, als außer den Vertrauensmännern in den einzelnen Sammelbezirken auch noch lokale Vereinigungen mit Obmännern an der Spitze Träger der Organisation des Leipziger Verbandes geworden sind. Außerdem wurde beschlossen, ein Sekretariat einzurichten mit einem ärztlichen Generalsekretär an der Spitze. Die endgültigen Verbandssatzungen, die auf der Hauptversammlung in Hildesheim im Jahre 1901 beschlossen wurden, stehen unter dem Zeichen der bevorstehenden Versöhnung zwischen dem Ärztevereinsbund und dem Leipziger Verbande. Der Geschäftsausschuß des Ärztevereinsbundes stellte sich nämlich zunächst dem Vorgehen des Leipziger Verbandes entgegen, namentlich hinsichtlich der Verwendung von Streikgeldern und unter besonderer Betonung, daß der Deutsche Ärztetag die oberste Instanz der Ärzteschaft bleiben müsse. Die Schwierigkeiten waren aber bereits durch die Abänderung des ersten Satzungsentwurfes teilweise behoben, und durch einige weitere Abänderungen wurde erreicht, daß der

Ärztevereinsbund seine Mitarbeit dem Leipziger Verbande im Jahre 1903 nicht länger versagen konnte. Der Deutsche Ärztetag nahm einen Antrag an, nach welchem ein Mitglied des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes an der Verwaltung des Leipziger Verbandes stimmberechtigt teilnimmt. In organisatorischer Hinsicht wurde in die endgültige Verbandssatzung von 1901 noch ein Aufsichtsrat, bestehend aus 3 Mitgliedern, eingefügt. Der Delegierte des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes hatte im Aufsichtsrat die gleichen Befugnisse, wie sie hinsichtlich seines Mitwirkens im Vorstand festgelegt waren. Der Aufsichtsrat übte die Kontrolle über die gesamte Geschäftsführung aus. Es erfolgte also die Vereinigung des Deutschen Ärztevereinsbundes mit dem Leipziger Verbande, ausgedrückt durch eine Satzungsänderung, aus der ersichtlich ist, daß der Leipziger Verband die wirtschaftliche Abteilung des Ärztevereinsbundes wird, und daß seine Tätigkeit dem Geschäftsausschuß des Ärztevereinsbundes nach Maßgabe der Beschlüsse der Deutschen Ärztetage unterstellt ist.

### 1. Die organisatorische Entwicklung des Leipziger Verbandes.

In den nächsten 18 Jahren erfolgte keine wesentliche Änderung der Satzungen. Der Verband entwickelte sich zusehends und zählte den weitaus größten Teil der deutschen Ärzte zu seinen Mitgliedern. In der Zwischenzeit wurde aber die standespolitische Einstellung des Verbandes von Grund auf geändert. Vom gewerkschaftlichen Prinzip ging man völlig ab, schon mit Rücksicht auf die ganze Entwicklung der kassenärztlichen Selbstverwaltung. Der Verband nahm einen mehr wirtschaftlichen Charakter an im Gegensatz zu seiner früheren Stellung als Kampforganisation. § 2 der Satzung aus dem Jahre 1921 lautet: „Der Zweck des Verbandes ist die Wahrung der wirtschaftlichen und beruflichen Interessen der in ihm zusammengeschlossenen deutschen Ärzte".

Durch den Umfang, den der Verband angenommen hatte, ist bei den Änderungsmaßnahmen eine starke Dezentralisation notwendig geworden. Das Schwergewicht in organisatorischer Hinsicht liegt nicht mehr bei der Verbandsleitung, sondern bei den Untergruppen, die von unten nach oben als Ortsgruppen, Gaue und Provinzial- bezw. Landesverbände in Erscheinung treten. Neu geschaffen ist in dieser Satzung der Beirat. Er besteht aus den Vertretern der Provinzial- bezw. Landesverbände, der Sondergruppen und dem Vorstand. Jeder Provinzial- bezw.

Landesverband entsendet einen — Bayern 2 — Vertreter in den Beirat, ebenso hat Sitz und Stimme der Beauftragte des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes. Der Beirat hat u. a. den bisherigen Aufsichtsrat zu ersetzen. Der Beirat oder ein von ihm gebildeter Ausschuß prüft die Vermögensbestände des Verbandes. Er hat insbesondere auch darüber zu beschließen, ob eine Ärztegruppe als Sondergruppe mit Sitz und Stimme im Beirat anzuerkennen ist oder nicht. Gegen diese Entscheidung ist Berufung an die Hauptversammlung zulässig.

Eine abermalige Änderung der Satzung erfolgte auf der Hauptversammlung im Juni 1924. In dieser Satzung wird in Bezug auf die Gliederung des Verbandes gesagt, daß in der Regel sich die Ortsgruppen im Bereiche eines Oberversicherungsamtes zu Gauen zusammenschließen und mehrere Gaue bezw. Gauverbände einen Provinzial- bezw. Landesverband bilden. Dieser Verband muß aber, um Sitz und Stimme im Beirat beanspruchen zu können, mindestens 500 Mitglieder umfassen.

Im Laufe der nächsten Jahre sind auf jeder Hauptversammlung für den inneren Aufbau des Leipziger Verbandes bedeutsame Änderungen beschlossen worden. Ein Vorteil dieser Satzungsänderungen ist, daß sie nicht von der Behörde bezw. vom Gericht genehmigt zu werden brauchen, sondern bereits nach dem Beschluß durch die Hauptversammlung für alle Mitglieder bindend sind. Das hängt damit zusammen, daß der Verband seine Rechtsfähigkeit staatlicher Verleihung verdankt, nicht infolge gerichtlicher Eintragung erworben hat. So finden wir unter den Änderungen eine Erweiterung des Vorstandes und eine Erweiterung der Befugnisse des Beirats. Über das Vermögen des Verbandes wird bestimmt, daß die einmaligen Beiträge für die dauernde Mitgliedschaft, sowie mindestens 5 % der übrigen Jahreseinnahme, der Verbandsrücklage zuzuführen sind.

Ganz besonderer Erwähnung bedarf aber die Satzungsänderung vom 25. und 26. Juni 1929, in der die gesamte Organisation umgebaut worden ist. An sich wird zwar die Gliederung des Verbandes nicht verändert, doch werden Bestimmungen aufgenommen, die eine andere Gliederung zulassen. Während bisher die Abgrenzungen der Provinzial- und Landesverbände, der Gaue und der Ortsgruppen feststanden, ist die Bestimmung eingefügt worden, daß die Einteilung durch den engeren Vorstand vorgenommen werden kann, und daß gegen diese Entscheidung beim Gesamtvorstand seitens der beteiligten Organisationen Berufung eingelegt werden kann. So können auch größere Gaue von der

Hauptversammlung als Landes- oder Provinzialverbände anerkannt werden. Eine etwas ausgeprägtere Stellung als vorher erhalten auch die Sondergruppen. Die Organe des Verbandes sind nach dieser Satzungsänderung der engere Vorstand, der Gesamtvorstand, die Ausschüsse und die Hauptversammlung. Der engere Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden des Verbandes und den Beisitzern mit dreijähriger Amtstätigkeit. Außerdem wird insoweit eine Änderung vorgenommen, als nicht mehr ein Delegierter des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes, sondern dessen Vorsitzender Sitz und Stimme im engeren Vorstand des Leipziger Verbandes hat und sich durch einen ständigen Stellvertreter vertreten lassen kann. Die Mitglieder des engeren Vorstandes sind auch gleichzeitig Mitglieder des Gesamtvorstandes. Dieser setzt sich ferner zusammen aus je 1 bezw. 2 Vertretern der Provinzial- bezw. Landesverbände und der Sondergruppen. Neuartig sind die sogenannten ständigen Ausschüsse, die vom Gesamtvorstand für bestimmte Arbeitsgebiete gebildet werden.

Die Mitglieder dieser Ausschüsse werden im Einvernehmen mit interessierten Ärztegruppen ernannt. Diesen Ausschüssen muß je ein Geschäftsführer des Verbandes angehören, und der engere Vorstand ist berechtigt, Vertreter in die Sitzungen der Ausschüsse zu entsenden. Der engere Vorstand darf ebenfalls Mitglieder eines Ausschusses ernennen. Die Geschäfte der Ausschüsse werden durch die ihnen angehörenden Geschäftsführer des Verbandes geführt. Die Tätigkeit der Ausschüsse soll in unmittelbarer Zusammenarbeit mit dem engeren Vorstand bewirkt werden, und zu diesem Zweck sollen die Vertreter der Ausschüsse zu den Sitzungen des engeren Vorstandes oder Gesamtvorstandes zugezogen werden. Neu ist auch der von der Hauptversammlung zu wählende, aus 5 Mitgliedern bestehende, Finanzausschuß, der die Kassenführung des Verbandes zu überwachen hat und damit die bisher vom Beirat ausgeführte Tätigkeit übernimmt. In der Zusammensetzung und Stimmenverteilung bei der Hauptversammlung ist keine Änderung eingetreten, abgesehen davon, daß an die Stelle des weggefallenen Beirats die Mitglieder des Gesamtvorstandes, die nicht dem engeren Vorstand angehören, treten.

Maßnahmen und Bestimmungen, die für einen kleinen Verband gelten und geeignet sind, verlieren immer oder zumeist an Wert, wenn der Verband eine ungewöhnliche Ausdehnung annimmt. Das gilt für den Leipziger Verband, der in der Gegen-

wart mehr als 95 % der gesamten deutschen Ärzteschaft umfaßt. Daraus erklären sich auch die ständigen Satzungsänderungen, die den Zweck haben sollten, die Organisation straffer zu gestalten. [1])

## 2. Die Stellung des Leipziger Verbandes in der Nachkriegszeit.

Nach dem Kriege brachten die Erweiterung der Krankenversicherungspflicht, die Inflation und die politische Umgestaltung außerordentlich komplizierte Verhältnisse mit sich, die schwer zu entwirren waren. Gerade in und nach der Inflationszeit war es dem Verbande unmöglich, überall und zu jeder Zeit erträgliche Verhältnisse zu schaffen, zumal die Krankenkassen durch starken politischen Einfluß in ihrer Stellungnahme gegenüber dem Leipziger Verband sehr gekräftigt worden waren. Aus diesem Grunde hat sich der Verband nach dem Kriege oft genug in Abwehrstellung befunden, und wenn es ihm auch gelungen ist, sich zu behaupten, so hatte er doch auf wenig Sympathie seitens der Regierung zu rechnen. Daher vermochte er auch die jeweiligen Zustände nicht zu ändern, nicht zu bessern. Es ist bei Betrachtung der ungleichen Machtstellung doch eine anerkennenswerte Leistung der Verbandes, wenn er Wege für eine gegenseitige Verständigungspolitik gefunden hat. Das Gebiet, auf dem, abgesehen von der ständigen Tarifpolitik, diese Verständigung am allernotwendigsten ist, und bei dem ein Vorwärtskommen nur auf diesem Wege möglich ist, ist die sogenannte Planwirtschaft für die ärztliche Versorgung der Krankenversicherten. Der Begriff der ärztlichen Planwirtschaft, [2]) der von den verschiedensten Seiten als das Mittel zur Behebung der Notlage des Ärztestandes mit Begeisterung aufgegriffen wurde, wurde zunächst mißverstanden. Man glaubte, daß er sich lediglich auf die Abfindung alter Kassenärzte und die entsprechende Zulassung jüngerer Ärzte zur Kassenpraxis beschränkt. Man hoffte, auf diese Weise den numerus clausus speziell für jüngere Ärzte erträglicher zu gestalten.

[1]) Das Erfordernis einer so straffen Organisation wird durch die Verordnung vom 14. 1. 32 zwingendes Recht, indem gemäß § 368a der RVO. die kassenärztliche Vereinigung die Kassenärzte ihres Bezirkes umfassen muß. Die Mitgliedschaft beginnt danach mit der Zulassung und endet frühestens mit dem Wegfall der Zulassung. Zudem wird in § 368d a. a. O. in Absatz 4 zum Ausdruck gebracht, daß die Befugnisse der kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den mit ihren Obliegenheiten im Verzuge sich befindlichen Kassenärzte ebenso wie die Rechtsmittel dieser Kassenärzte vom Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen geregelt werden.

[2]) hierüber vergl. S. 34ff.

## g) Die Organisation der ärztlichen Versorgung.

### 1. Die zentralen Einrichtungen.

Schon vor der Inflationszeit, aber ganz besonders stark während derselben und auch noch nachher machten sich in allen freien Berufen Bestrebungen bemerkbar, die darauf abzielten, eine geregelte Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversorgung zu schaffen. Da eine zentrale Reglung dieser Bestrebungen weder von staatlicher noch von privater Seite in die Wege geleitet wurde, bildeten sich in fast allen freien Berufen örtliche Versorgungseinrichtungen, die sich günstigenfalls auf eine Provinz oder ein Land erstreckten. Verschiedene Organisationen waren die berufenen Träger dieser Versorgungseinrichtungen.

Wenn wir die Entwicklung dieser Bestrebungen bei den ärztlichen Organisationen betrachten, so müssen wir zwar zugeben, daß der Leipziger Verband nicht untätig gewesen ist und den Versuch gemacht hat, zentrale Versorgungseinrichtungen zu schaffen. Doch sind diese Versuche betreffend

die Darlehns- und Sterbekasse,
die Alterszulagenkasse,
die Witwenhilfe,
die Ärztefrauenbegräbniskasse

teilweise gescheitert. Soweit die getroffenen Einrichtungen noch bestehen, kann man sie keinesfalls als eine — Versorgung — bezeichnen.

### 2. Die örtlichen Versorgungseinrichtungen.

Wie schon oben erwähnt, bildeten sich aber im ganzen Reich Versorgungseinrichtungen verschiedenster Art.

Sie gliedern sich in 3 Hauptgruppen:

aa) Die auf Grund staatlicher Ermächtigung der Ärztekammer zwangsweise durchgeführte Versorgung unter Heranziehung der Gesamteinnahme aus der ärztlichen Tätigkeit;

bb) Die auf der Kassentätigkeit der Ärzte aufgebaute Versorgung;

cc) Die auf den aus der Privatpraxis der Ärzte fließenden Einnahmen aufgebaute Versorgung.

Diese Einteilung trifft zwar nicht in allen Teilen vollkommen zu, denn infolge von Gründungs- und auch späteren Bestandsschwierigkeiten haben Verschiebungen und Zusammenschlüsse

stattgefunden. In Ansehung der ursprünglichen Absicht und der Quellen, aus denen die Versorgungseinrichtungen ihre Mittel nehmen. ist dies jedoch die einzig mögliche Einteilung.

Zu aa). Die preußischen Ärztekammern, auf Grund jahrelangen Drängens der Ärzteschaft und insbesondere des Ärztevereinsbundes durch die Verordnung von 1887 gegründet und als amtliche Standes- und Interessenvertretung der Ärzteschaft bezeichnet, haben die Aufgabe, alle Fragen, die den ärztlichen Beruf und die öffentliche Gesundheitspflege betreffen, zu erörtern. Die Staats- und Gemeindebehörden sind verpflichtet, sich in allen den Geschäftskreis der Ärztekammern betreffenden Angelegenheiten an diese zu wenden oder Sachverständige hinzuzuziehen, die von den Ärztekammern ernannt werden. Die Kammern sind befugt, von sich aus Anträge an die Staatsregierung zu richten. Durch Gesetz vom 30. Dezember 1926 sind die Bestimmungen über die Ärztekammern neu geregelt. Danach ist durchweg für jede Provinz eine Ärztekammer zuständig, mit der Ausnahme der gemeinsamen Kammer bei den schlesischen Provinzen in Breslau. Jede Kammer gibt sich eigene Satzungen, Geschäfts- und Kassenordnung. Die Mitglieder werden nach einer besonderen Wahlordnung vom 26. April 1927 von den gebietsangehörigen Ärzten, mit Ausnahme der Militärärzte, gewählt, und zwar nach dem Grundsatze, daß auf 50 Ärzte ein Kammermitglied kommt. Wahlrecht, Mitgliedschaft, Umlagerecht und Vorstandsbildung sind durch Gesetz festgelegt. Die Staatsaufsicht wird durch den Oberpräsidenten ausgeübt. In den übrigen deutschen Bundesstaaten besteht, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die gleiche Regelung.

Von der Ärztekammer wird für jedes Land bezw. jede Provinz ein Abgeordneter (also für Schlesien zwei!) nebst Stellvertreter gewählt, die in ihrer Gesamtheit den Ärztekammerausschuß in Berlin bilden. Diesem liegt die Beratung der ihm vom Minister für Volkswohlfahrt überwiesenen Vorlagen ob. Zu diesem Zwecke hat er die Vorlagen den Ärztekammern zur Beratung und Beschlußfassung mitzuteilen, die Ergebnisse zusammenzustellen und seinem gutachtlichen Bericht an den Minister beizufügen. Im Anschluß an die Ärztekammern auf Grund des Gesetzes von 1899 bestehen ärztliche Ehrengerichte. Die Aufgabe dieser Ehrengerichte ist, über die den Ärzten obligenden Pflichten zu wachen. Sie untersuchen das Verhalten der Ärzte auch dort, wo das Material zur strafrechtlichen Verfolgung nicht ausreicht. Ihre Strafen sind Warnung, Verweis, Geldstrafen bis 3000 Reichsmark [1]) und Entziehung des ärztlichen Wahlrechts.

Durch das Gesetz vom 30. 12. 1926 ist den Ärztekammern ein erweitertes Umlagerecht zugebilligt worden. Sie haben das Recht gemäß einem Mehrheitsbeschluß der Mitglieder Versorgungseinrichtungen zu schaffen und die Beiträge von den Mitgliedern zu erheben. Diese Versorgungseinrichtungen gelten ipso jure für alle Ärzte des Kammerbezirkes, soweit sie nicht auf Grund besonderer Bestimmungen von der Mitgliedschaft ausgeschlossen oder befreit sind.

Zu bb). Die Landes- und Provinzialverbände des Leipziger Verbandes sind die jeweilige Spitzenorganisation der örtlichen Vereinigungen der Kassenärzte. Diese umfassen zumeist je einen Stadt- oder Landkreis. Diese kassenärztlichen Vereine sind die Abrechnungsstellen für die kassenärztlichen Honorare. Die Ärzte reichen vierteljährlich die Aufstellung ihrer kassenärztlichen Leistungen ein. Bei den Abrechnungsstellen erfolgt dann die Prüfung der Rechnungen durch den Prüfungsausschuß, die Berechnung des Punktwertes und die Verteilung der Honorare. Bei deren Auszahlung werden bestimmte Abzüge gemacht, aus denen u. a. auch Beiträge für die Versorgungseinrichtung, die auf den Einnahmen der Kassenpraxis aufgebaut sind. Träger dieser Einrichtungen sind die Versorgungskassen, die in Anlehnung an die Provinzialverbände errichtet worden sind. Diesen Versorgungskassen gehören die Mitglieder des Leipziger Verbandes, soweit sie Kassenpraxis betreiben, zwangsweise an. Zwar kann ein Arzt auch Kassenpraxis für die reichsgesetzlichen Krankenkassen treiben, ohne Mitglied des Leipziger Verbandes und somit auch ohne Mitglied einer Versorgungskasse zu sein. Diese Fälle kommen jedoch nur selten vor. Der Grund dafür liegt in der Tatsache, daß den Mitgliedern des Leipziger Verbandes die Tätigkeit für die kaufmännischen und sonstigen Ersatzkassen vorbehalten ist. Mithin kann man sagen, daß der Nachwuchs für die Versorgungskassen der Provinzialverbände gesichert ist.

Zu cc). Verrechnungsstellen für die Privatpraxis.

Da die Ärzte für die ihnen verbliebene Privatpraxis, deren Ausmaße durch die ohnehin größere Verbreiterung der Krankenversicherung immer mehr eingeengt wurden, mit vielen Ausfällen rechnen mußten, suchte man diesem Übelstand durch die Gründung von ärztlichen Verrechnungsstellen zu steuern. Zunächst sollte den Ärzten durch die Verrechnungsstellen die ihnen lästige Schreibarbeit erleichtert oder ganz abgenommen werden. Die

[1]) In Hamburg sogar unbeschränkt.

Verrechnungsstellen schreiben die ärztlichen Liquidationen für Privatpatienten aus und sorgen für deren Eingang. Dadurch sollen die Guthaben aus der Privatpraxis sichergestellt und den Ärzten in Form von „Diskontierung offener Buchforderungen" ein Teil des Gegenwertes der Lipuidationen sofort bei Einreichung ausgezahlt werden. Andererseits kann im Rahmen der Verrechnungsstelle nicht-böswilligen Schuldnern längere Stundung oder ausgedehnte Ratenzahlung gewährt werden, ohne daß der Arzt auf den Eingang seines Guthabens zu warten braucht. Die Mitglieder der Verrechnungsstelle treten ihre gesamten augenblicklichen und zukünftigen Forderungen aus ihrer Privatpraxis durch ihren Beitritt zur Verrechnungsstelle ipso jure an diese ab. Durch systematischen Ermittlungsdienst sind die Verrechnungsstellen auch in der Lage, die angeschlossenen Ärzte rechtzeitig vor Verlusten zu schützen.

Für alle sich über die Grenzen einzelner Verrechnungsstellen hinaus erstreckenden Fragen, wie Ermittlungen, Gebietsabgrenzungen, Versorgungsfragen usw. besteht ein Verband der ärztlichen Verrechnungsstellen, der die Interessen durch einen Geschäftsausschuß beim Leipziger Verband in seiner Eigenschaft als Sondergruppe [1]) wahrnehmen läßt. Auch standespolitische Rücksichten können im Rahmen der Verrechnungsstelle zur Geltung kommen, und zwar durch eine Angleichung der Liquidationssätze, die einmal eine Übervorteilung des Publikums vermeiden, und zum anderen eine zum Schaden der anderen Ärzte gereichende Unterbietung verhindern kann. Allerdings stehen den Verrechnungsstellen nach dieser Richtung hin zwingende Machtmittel nicht zur Verfügung.

Über diese Zwecke hinaus sucht man eine weitere Lösung des Versorgungsproblems mit den Verrechnungsstellen zu verbinden. Es gibt im ganzen 65 Verrechnungsstellen. Bei der Hälfte dieser Verrechnungsstellen bestehen Versorgungseinrichtungen, zum Teil im Anschluß an irgendeine Standesversorgungskasse. Diejenigen Verrechnungsstellen, die keine Versorgungseinrichtungen haben, befinden sich zumeist in solchen Landesteilen, in denen das ärztliche Einkommen schon so stark durch andere Versorgungsbeiträge belastet ist, daß Abzüge von den Privathonoraren eine zu empfindliche Kürzung des Einkommens bedeuten würden. Ihrer Rechtsnatur nach ist die Verrechnungsstelle ein eingetragener Verein.

[1]) vergl. über Sondergruppen weiter oben S. 24.

Die Versorgungseinrichtungen der Ärzte bieten in versicherungstechnischer Hinsicht ein buntes Bild. Bei den meisten bestehen die Leistungen aus Renten, bei den übrigen aus Kapitalzahlung, oder aus Kapital- und Rentenzahlungen. Die Versorgungseinrichtungen bevorzugen soweit dies durchführbar ist, die zwangsweise Zugehörigkeit ihrer Mitglieder, um dadurch den Nachwuchs sichergestellt zu wissen, doch hat sich gezeigt, daß auch diejenigen von ihnen lebensfähig sind, die auf diesen Zwang verzichten mußten. Die meisten Versorgungskassen wurden als selbständige Einrichtungen gegründet. Im Laufe der Zeit hat aber ein großer Teil Anlehnung in irgend einer Form an private Versicherungsgesellschaften gesucht.

# II. Das Problem der sogenannten ärztlichen Planwirtschaft.

## a) Der „numerus clausus“ in der Geschichte des Ärztestandes.

Die Forderung des numerus clausus ist keineswegs neu, sondern bereits Jahrtausende bekannt. Schon die Zahl der Stadtärzte im römischen Reich der Cäsarenzeit war durchaus begrenzt, und bei den älteren Schriftstellern finden sich Überlieferungen mit der Angabe der in den einzelnen Städten anerkannten Bedarfszahl. Besonders stark ausgeprägt war die Beschränkung der Ärztezahl im Mittelalter in der Zeit, in der Chirurgen und Bader noch konzessionspflichtig und zu Innungen zusammengeschlossen waren. Ihre Zahl wurde durch die geschlossene Zunftrolle, die genaue Bestimmungen darüber enthielt, festgesetzt, oder von dem Rat der einzelnen Städte festgesetzt. [1]) Die Gründe, die zu der Beschränkung der Ärztezahl führten, mögen verschiedenartig gewesen sein. Aber deutlich sagen die Zunftrollen, daß die Wundärzte und Ärzte vor einer übermäßigen Konkurrenz geschützt werden sollten, damit sie imstande waren, ihre eidlich übernommenen ärztlichen Pflichten zu erfüllen. Später gab es in den einzelnen Staaten über Gewerbefreiheit und Freizügigkeit ganz verschiedene Vorschriften. So erfolgte in Preußen lange Jahre hindurch eine Approbation für bestimmte Orte, für Bayern bestand der sogen. „Praxisbann“, das waren 5—6 Jahre, die ein junger Arzt bis zur Niederlassung warten mußte. In Nassau erfolgte die Durchführung des Gesundheitsdienstes durch beamtete Ärzte, die zu $^2/_3$ vom Staate besoldet wurden und den Rest ihres Gehaltes aus den vom Staate festgesetzten Gebühren entnahmen. Bereits vor hundert Jahren forderte die französische Ärzteschaft mit Rücksicht auf ihre Notlage den numerus clausus. Im 19. Jahrhundert verschwanden allmählich diese Beschränkun-

[1]) Kurt Finkenrath „Kassenärztliche Planwirtschaft“ in: Ärztliche Mitteilungen.

gen und durch den freien Wettbewerb bestimmte sich die Zahl der Ärzte im großen und ganzen von selbst. Die Statistiken der letzten 100 Jahre zeigen uns eine dauernde Steigerung des prozentualen Anteils der Ärzte an der Gesamtbevölkerung. Das hat verschiedene Ursachen:

1. Wachsendes Bedürfnis nach qualifizierten ärztlichen Leistungen;
2. Verfeinerung der ärztlichen Wissenschaft und damit zusammenhängend größeres Bedürfnis für Inanspruchnahme der Ärzte;
3. Bessere Lebensmöglichkeiten der Ärzte infolge steigenden Wohlstandes.

Während man in der Mitte des 19. Jahrhunderts eine Ärztebedarfszahl von 1 : 4000 für Städte und 1 : 6000 für die ländlichen Bezirke annahm, liegen heute die Verhältnisse wesentlich günstiger in Bezug auf die Versorgung namentlich der ländlichen Gebiete. Während in Berlin zu Beginn des 19. Jahrhunderts im Laufe mehrerer Jahre bereits ein Verhältnis von einer Medizinalperson auf 953 bis zu 778 Einwohner bestand, kam z. B. im Kreise Gumbinnen ungefähr zu gleicher Zeit 1 Arzt auf 10 000 Einwohner [1]). Man konnte hier von einer ärztlichen Versorgung kaum reden, zumal wenn man berücksichtigt, unter welchen Strapazen ein Arzt zu seinen Patienten und ein Patient zu seinem Arzt gelangte. Zwar ist auch heute noch auf dem Lande das Verhältnis gegenüber der Stadt ungünstiger, doch muß man in Betracht ziehen, daß die meisten Landärzte jetzt mit Hilfe eigener oder gemieteter Kraftfahrzeuge ihren Bezirk in ganz anderer Weise versorgen können als früher.

## b) Der Begriff „Planwirtschaft".

Wenn wir den Begriff „Planwirtschaft" erklären wollen, so müssen wir ausgehen von der hemmungslosen, rein individualistischen Wirtschaft, bei der die Stärkeren die Schwächeren unterdrücken oder aus dem Wirtschaftsprozeß völlig ausschalten.

Die Verfechter der Planwirtschaft glauben, diese anarchische Wirtschaftsweise durch Produktion und Konsumtion nach einem bestimmten Plane unter Ausschaltung der freien Konkurrenz ersetzen zu können. Man hofft auf diese Weise der über die regelmäßigen Schwankungen hinausgehenden Krisenerscheinun-

[1]) vergl. Reichert „Prolegomena zur Planwirtschaft" in: Ärztliche Mitteilungen Nr. 20/1928.

gen des Wirtschaftslebens Herr werden und so nicht nur den Staatshaushalt, sondern die ganze Nationalwirtschaft budgetieren zu können, also die im Zeitpunkt der höchsten Konjunktur sowie der schärfsten Krise auftretenden Härten zu vermeiden.

Der Name „Planwirtschaft" [1]) ist schneller in den Reihen ihrer Gegner eingebürgert als bei ihren Verfechtern, die mehr zu der Bezeichnung „Gemeinwirtschaft" neigen. Diese ist von den vielfachen Sozialisierungsplänen der Kriegs- und Nachkriegszeit streng zu scheiden, denn letztere gehen über die Ausschaltung der freien Konkurrenz durch die Abschaffung des Privateigentums an den Produktionsmitteln hinaus, während in der Planwirtschaft das Privateigentum unangetastet bleibt.

Die Grenzen sind jedoch flüssig. Der Planwirtschaft liegt der „politisch-ehtische Wille" [2]) zugrunde, nach staatssozialistischen Grundsätzen eine Umformung der Wirtschaft vorzunehmen. Die reine Verstaatlichung aber lehnt sie wegen der Gefahren einer Bürokratisierung des Wirtschaftslebens ab. [3]). Zur Abwendung derselben will sie die Initative des Unternehmertums planmäßig eingliedern und der Allgemeinheit zum Nutzen gereichen lassen. So stellt sich der Planwirtschaftsgedanke als ein Kompromiß zwischen Individualismus und Sozialismus dar. Ihm ist ein nachhaltiger Erfolg bisher versagt geblieben.

Der Planwirtschaftsgedanke stellt eine Organisation der Volkswirtschaft in räumlicher und fachlicher Gliederung dar. Von einer oder von mehreren Zentralstellen aus, soll die Wirtschaft betrieben und kontrolliert werden. In diesem Gedanken tritt der technisch konstruktive Wille der Schöpfer [4]) der Idee zu Tage. Das Anlegen von Zirkel und Lineal an die Wirtschaft ist ein Unterfangen, das immer Gegenmaßnahmen hervorrufen wird, und die Ereignisse sind oft stärker als der Wille der Wirtschaftsführer und Gesetzgeber.

Wissel verwahrt sich ausdrücklich dagegen, daß durch einen Zwang eine Unterdrückung des Individualismus unter den gemeinwirtschaftlichen Geist erfolgen soll. Er glaubt, daß es sittliche Pflicht eines jeden Volksgenossen sei, seine geistigen, wie auch

---

[1]) nach A. Hesse „Grundriß zum Studium der Politischen Ökonomie" I. Teil. 12. Auflg. Jena 1927 S. 51 bedeutet Planwirtschaft, die zugunsten der Volksgemeinschaft planmäßig betriebene und gesellschaftlich kontrollierte Volkswirtschaft. Vergl. auch Max Weber „Wirtschaftsgeschichte" München und Leipzig, 1923, S. 3.

[2]) vergl. W. Röpke „Planwirtschaft" in: Hdw. d. St. VI. Bd. S. 877.

[3]) vergl. auch Ludwig Mises „Die Gemeinwirtschaft" Jena 1922. S. 224 ff.

[4]) Rudolf Wissell „Die Planwirtschaft" Hamburg 1920.

körperlichen Kräfte in den Dienst des Volkes zu stellen, daß es möglich sei, eine planmäßige Einordnung der Einzelwirtschaft und des privatwirtschaftlichen Prinzips des einzelnen in die Anforderungen der Gesamtwirtschaft auch ohne Zwang zu erreichen. [1]) Diese Möglichkeit sieht er in dem planmäßigen Aufbau der Wirtschaft in Selbstverwaltungskörpern von den Einzelbetrieben und Betriebsgruppen herauf organisiert.

Wissell denkt sich die räumliche Gliederung der Selbstverwaltungskörper nach Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen von unten nach oben aufgebaut und in Bezirkswirtschaftsräten zusammengefaßt, die fachliche Gliederung von oben nach unten, getrennt nach Industrien und innerhalb derselben untergeteilt nach Wirtschaftszweigen. Nach dem Wissel'schen Plan soll das Ganze in einem Reichswirtschaftsrat zusammengefaßt sein.

## c) Die sogenannte ärztliche Planwirtschaft.

Wenn wir uns nunmehr mit der sogenannten ärztlichen Planwirtschaft auseinandersetzen wollen, müssen wir in den Vordergrund stellen, daß es sich hierbei weder um staatssozialistische noch gemeinwirtschaftliche Gedankengänge handelt. Im Gegenteil, die Absichten, die mit dieser sogenannten ärztlichen Planwirtschaft in Verbindung gebracht werden, stehen auf rein individualistischer Grundlage. Der Zweck ist die Sicherung der ärztlichen Berufsfreiheit und die planmäßige Beseitigung des Mißverhältnisses auf dem ärztlichen „Arbeitsmarkt". Eine Notwendigkeit der unbedingten zahlenmäßigen Anpassung des ärztlichen Nachwuchses an den Bedarf ist schon deswegen bei dem ärztlichen Berufe wichtiger als bei anderen Berufen, als ein ärztliches Proletariat eine unmittelbare Gefahr für das ganze Volk bedeutet; handelt es sich hier doch um lebenswichtige Interessen der Gesamtheit. [2]).

Wenn alle bisherigen Maßnahmen noch nicht zu einem Erfolge geführt haben, so liegt das daran, daß wir es in allen Fällen mit einer Reihe technischer Versuche zu tun haben und nicht mit einer umfassenden planmäßigen Wirtschaftsweise. [3]). So erstreckt sich die Tätigkeit der beiden das ganze Reich umspannenden ärztlichen Organisationen nur auf die zur Kassen-

[1]) vergl. Wissell a. a. O. S. 11.

[2]) vergl. auch S. 52.

[3]) vergl. auch Carl Jacobs „Arztfum in Not", Leipzig 1929, S. 50.

praxis zugelassenen Ärzte, während ja gerade der Sinn der sogenannten Planwirtschaft der ist, die wirtschaftliche Lage der noch nicht zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzte zu heben.

Sowohl dem Aufrufe Hellpachs, des damaligen Herausgebers der „Ärztlichen Mitteilungen", im Jahre 1921 als auch dem Ärztetage in Bremen im Jahre 1924 war ein Erfolg nicht beschieden. Der Beirat des Leipziger Verbandes beschloß am 24. 5. 1924, alle über 70 Jahre alten Kassenärzte, die sich zur Aufgabe der Kassenpraxis verstehen, abzufinden. Tatsächlich sind erhebliche Summen für diesen Zweck aufgewendet worden, doch nur mit dem Erfolge, daß die dadurch frei gewordenen Stellen eine dem Angebot gegenüber garnicht ins Gewicht fallende Entlastung auf dem ärztlichen „Arbeitsmarkt" darstellten.[1]) Durch die steigende Zahl der Approbationen war auch dieser geringe Vorteil in kürzester Zeit wieder ausgeglichen.

Gelegentlich des Bremer Ärztetages hatten die Assistentenverbände die Forderung aufgestellt,[2]) alle mehr als sechzigjährigen Kassenärzte gegen Gewährung einer lebenslänglichen Rente in Höhe des Durchschnitts ihrer letztjährigen Kasseneinnahmen abzubauen.[3]) Die Erfüllung dieser Forderung geht über die Grenzen der Leistungsfähigkeit des ganzen Standes hinaus, denn dazu ist ein jährlicher Aufwand von 20 Millionen Reichsmark für 5000 Ärzte bei einer Jahresrente von 4000 Mark erforderlich. Nach den Freudenberg'schen Zahlen war dieser Aufwand für den Zeitraum von $14\frac{1}{2}$ Jahren erforderlich, ohne daß dabei die Hinterbliebenenversorgung berücksichtigt wurde. Im Falle eines Abbaues vom 65. Lebensjahr an würde bei einer durchschnittlichen Jahresrente von 3000 RM. für 2000 Ärzte jährlich ein Betrag von 6 Millionen erforderlich sein. Bei einem Abbau vom 70. Lebensjahr an würde nach der damaligen Altersgliederung ein Aufwand von 2 Millionen jährlich bei einer Durchschnittsrente von 2000 Mark für 1000 abgebaute Ärzte erforderlich werden. Der Bund Deutscher Assistenzärzte sagt zu Recht, daß bei der finanziellen Gesamtlage die Bremer Forderungen ohne gleichzeitige Durchführung einer Reichsversorgung undurchführbar sind.

---

[1]) vergl. J. Hadrich „Ärztliche Planwirtschaft" in Ärztliche Mitteilungen Nr. 37/1927, S. 755.

[2]) vergl. „Der wissenschaftliche Assistent" Nr. 6, Berlin 1925.

[3]) vergl. Karl Freudenberg: „Die Sterblichkeit der Ärzte in Deutschland, Jahrbücher f. Nat. Oek. u. Statistik Juli/Aug. 1924.

## d) Der Planwirtschaftsausschuß.

Im April 1928 kam nach langen Verhandlungen ein Abkommen über die Bildung eines Planwirtschaftsausschusses zwischen den beteiligten Verbänden zustande.

Der paritätisch zusammengesetzte Ausschuß soll das gesamte Gebiet der Planwirtschaft in der ärztlichen Versorgung der Krankenversicherten in den Kreis seiner Untersuchungen einbeziehen. Er soll berechtigt sein, namens der beteiligten Verbände Statistiken, Enqueten, Rundfragen und dergl. durchzuführen, Gutachten und Auskünfte von Sachverständigen, amtlichen und privaten Stellen zu erbitten.

In dem Abkommen wird der Begriff „Planwirtschaft" festgelegt. [1]) Unter Planwirtschaft wird demnach verstanden:

1. Eine planmäßige Verteilung der Kassenärzte und Bewerber um Kassenpraxis über das ganze Reichsgebiet mit dem Zwecke, die ärztliche Versorgung der krankenversicherten Bevölkerung in jeder Beziehung ausreichend zu gestalten;

2. Die Festsetzung der Ärztezahl, die eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit ärztlicher Hilfe gewährleistet, der Ärzteschaft eine angemessene Lebenshaltung sichert und die Kassen vor übermäßiger Belastung schützt;

3. Eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Arbeitsmöglichkeiten [2]) auf die Kassenärzte.

Die Verbände stellten für die Arbeiten des Ausschusses folgende Leitsätze auf:

Der Bedarf an Kassenärzten wird an Meßzahlen festgestellt, die für Wirtschaftsbezirke nach einheitlichen Gesichtspunkten zu berechnen sind. Für die Berechnung solcher Meßzahlen kommt etwa folgendes in Betracht:

a) Zahl der Versicherten im Bezirk, Verhältnis zur Gesamtbevölkerung;

b) gesundheitliche, wirtschaftliche und soziale Verhältnisse der Versicherten;

c) Wohndichte der Bevölkerung;

d) Wegeverhältnisse und Verkehrsmöglichkeiten im Bezirk;

[1]) vergl. „Ärztliche Mitteilungen" Nr. 18, Leipzig 1928.

[2]) Für diesen im Abkommen festgelegten Ausdruck dürfte man wohl besser die Bezeichung „Krankheitsfälle" gebrauchen.

e) Zahl der bereits vorhandenen Kassenärzte unter Berücksichtigung des Zahlenverhältnisses zwischen praktischen und Fachärzten;

f) Zahl der nicht Kassenpraxis treibenden Ärzte sowie der angestellten (festbesoldeten) Ärzte;

g) Zahl der Krankenhausbetten;

h) Art und Umfang von Fürsorge- und Beratungsstellen;

i) Inanspruchnahme der Ärzte durch andere als Kassenpraxis;

k) Leistungsfähigkeit der Kassen;

l) besondere Verhältnisse (Badeorte, Universitätsstädte und dergl.).

Es muß versucht werden, für die vorstehenden und etwaige andere Gesichtspunkte, die für die Planwirtschaft Bedeutung haben können, Punktwerte zu finden als Anhalte für die Berechnung der Meßzahlen.

Zu versuchen ist ferner, örtlich oder in den Wirtschaftsbezirken, den Bedarf an praktischen und Fachärzten aller Art getrennt festzustellen und ein angemessenes Zahlenverhältnis zwischen praktischen und Fachärzten festzulegen.

Für die ständige Beobachtung des ärztlichen Arbeitsmarktes sind Vorschläge auszuarbeiten. Insbesondere sind folgende Punkte zu beachten:

a) Beeinflussung des Zustroms zum Medizinstudium;

b) Förderung aller Bestrebungen zur Vervollkommnung der ärztlichen Ausbildung;

c) Einrichtung eines Meldedienstes für den Bedarf an Ärzten;

d) Nachweis von Arbeitsmöglichkeiten für Ärzte.

Der Ausschuß soll Vorschläge zur Vermeidung unnötiger Belastung der Kassen und der Ärzte ausarbeiten, bei denen etwa folgende Gesichtspunkte zu beachten sind:

a) Sicherung der Kassen gegen eine übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe;

b) Sicherungen gegen eine übermäßige Inanspruchnahme einzelner Ärzte;

c) Vermeidung unnötiger Arztfahrten;

d) Schaffung von Kontrollorganen für Kranke und für Ärzte;

e) hygienische Aufklärung der Bevölkerung.

Der Ausschuß arbeitet ferner einen Vorschlag aus, wie die Ergebnisse seiner Untersuchungen praktisch nutzbar gemacht werden können, insbesondere ob sie in die Tat umzusetzen sind durch:

a) Vereinbarungen der Verbände,
b) Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen,
c) die Gesetzgebung,
d) behördliche Maßnahmen.

Aus der Zusammenstellung vorstehender Leitsätze ist leicht ersichtlich, daß bei Durchführung einer Planwirtschaft Schwierigkeiten auftauchen, die nur mit großer Mühe oder überhaupt nicht überwunden werden können. So erscheint es nicht verwunderlich, daß der Planwirtschaftsausschuß über die Erstattung einiger Gutachten überwiegend theoretischer Natur nicht hinausgekommen ist.

## e) Planwirtschaftliche Erwägungen.

Die Vorschläge zur Vermeidung unnötiger Belastungen der Kassen gehören, streng genommen, nicht in das Gebiet der sogenannten ärztlichen Planwirtschaft; jedoch soll nicht verkannt werden, daß diese Rationalisierungsmaßnahmen beide Vertragsparteien immer wieder an den Verhandlungstisch rufen werden. Mittelbar spielen sie bei der Planwirtschaft eine Rolle [1]), da sie für die Leistungsfähigkeit der Kassen von Bedeutung sind. Bei Durchführung der Planwirtschaft würde sich eine Lösung des Problems nur bei äußerster Leistungssteigerung sowohl bei den Ärzten wie den Kassen auf dem Wege des Kompromisses ermöglichen lassen.

Der Kernpunkt der Planwirtschaft ist die Unterbringung der etwa 3500 Jungärzte. Wir haben in Deutschland

45 Großstädte (über 100 000 Einwohner)
214 Mittelstädte (20—100 000 Einwohner)
933 Kleinstädte (5—20 000 Einwohner)
2256 Landstädte (2—5000 Einwohner)

zusammen 3448 städtische Gemeinden mit 40 123 837 Einwohnern, dazu noch 60 000 ländliche Gemeinden mit ca. 22 000 000 Einwohnern. Es wird die Ansicht vertreten, daß sich die noch nicht zugelassenen Jungärzte ohne nennenswerten Schaden für

[1]) J. Hadrich a. a. O. S. 641.

die bereits zugelassenen Ärzte und die Kassen auf diese Stadtgemeinden verteilen lassen, wobei die Landgemeinden als Reserven gedacht sind.

Diese Verteilung läßt sich aber nicht ohne Schwierigkeiten, etwa mit Bleistift und Zirkel, vornehmen, denn wenn in ein und derselben Provinz in einer Gegend bei einem ärztlichen Versorgungsverhältnis von 1 : 2100 Versicherten kein größerer Arztbedarf besteht als in einer anderen Gegend mit einem Versorgungsverhältnis von 1 Arzt : 453 Versicherten, dann muß hinter dieser Erscheinung ein tieferer Sinn stecken, den wir genau bestimmen müssen, bevor wir daran gehen, Pläne aufzustellen, wie die Ärzte dem Bedarf entsprechend verteilt werden sollen. [1])

Das wichtigste Moment hierbei ist der Prozentsatz der Versicherten an der Gesamtzahl der Bevölkerung. [2]) Diese Unterschiede erstrecken sich auf die Stadt- und Landgebiete; es empfiehlt sich, bei der jeweiligen Betrachtung die Stadt- und Landkreise gesondert zu untersuchen. Es ist auch sehr wichtig, die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der nichtversicherten Bevölkerungsteile zu berücksichtigen. Ebenso sind nicht nur Unterschiede zwischen ländlicher und städtischer Bevölkerung sondern auch nach der Richtung hin zu machen, ob es sich um vorwiegend gewerbetreibende Bewohner oder um Rentner und Beamte handelt. Wenn sich auch die Unterschiede zumeist vermögensrechtlich ausgleichen, so ergibt sich doch häufig ein sehr unterschiedliches Bedürfnis für ärztliche Versorgung. Bei Städten spielt die Lage, die Nähe der Großstadt, die Nähe anderer gleichwertiger, kleinerer, gut oder weniger gut versorgter Städte und endlich die Nähe der Reichshauptstadt eine nicht unwesentliche Rolle neben all den Gesichtspunkten, die für die Meßzahlen gemäß den Leitsätzen für die Arbeiten des Planwirtschaftsausschusses maßgebend sind.

In rein oder vorwiegend landwirtschaftlichen Gebieten kommt für den Arztbedarf eine Reihe weiterer Überlegungen hinzu. Es wächst die Existenzmöglichkeit des Arztes mit der Güte des Bodens und fällt mit der Häufigkeit der Latifundien. Es ist daher von Wichtigkeit, neben dem Ertragswert des Bodens auch den Anteil des mittleren und kleinen Grundbesitzes festzustellen. Auf dem Lande von ausschlaggebender Bedeutung ist das Verkehrsproblem, d. h. die Frage, ob die nächste größere Stadt

[1]) vergl. Reichert a. a. O. S. 375.

[2]) vergl. O. Reitz „Ärztliche Planwirtschaft und die Normalzahlen der Zulassungsgrundsätze" in: Ärztliche Mitteilungen Nr. 7/1927.

mit geringen Kosten und schnell zu erreichen ist. [1]) So kann es vorkommen, daß ein Niederlassungsort auf dem Lande heute noch Bedarf für ärztliche Versorgung hat. Wenn morgen eine Kraftfahrzeuglinie eingerichtet wird, die für billigen Personentransport zur Großstadt sorgt, kann aus dem Arztmangel plötzlich ein Arztüberfluß werden. Die ländliche Bevölkerung glaubt sich in der Überzahl in der Großstadt durch Fachärzte besser behandelt als auf dem Lande.

Das Vorherrschen von Ersatzkassen und anderer besonderer Kassen, wie z. B. Schifferkassen, ist von Bedeutung, denn diese bieten infolge ihrer höheren Sätze einen größeren Nahrungsspielraum für die Ärzte als die Orts-, Land-, Innungs- und Betriebskrankenkassen.

Ob bei einer derartigen Vielgestaltigkeit der zu erwägenden Punkte eine propotionale Verteilung der noch nicht zugelassenen Jungärzte möglich ist, scheint ohne nähere Prüfung der jeweiligen Verhältnisse zweifelhaft zu sein, besonders wenn wir die in den meisten Städten schon bestehende Überfüllung des Berufsstandes berücksichtigen. Vielmehr scheint es praktisch, bei einer derartigen Verteilung die betreffenden örtlichen oder provinziellen Standesvertretungen zu hören und durch besonders geeignete und vorgebildete Ärzte und Wissenschaftler die jeweiligen Verhältnisse untersuchen und die Angaben der Standesvertretung auf die Stichhaltigkeit ihrer Gründe und die Objektivität ihrer Beobachtungen nachprüfen zu lassen. Ebenso sind Vorschläge und Belange der Kassen zu hören. Definitive Entscheidungen wären dann von gemischten Kommissionen zu treffen.

Ist erst im ganzen Reiche der Arztbedarf unter Ausscheidung der knappschaftlichen Arztbezirke festgestellt, so kann eine proportionale Verteilung, evtl. unter Umgehung oder Aufhebung des numerus clausus, vorgenommen werden. Vielleicht bietet ja auch noch der eine oder der andere knappschaftliche Sprengel oder eine Anzahl solcher zusammen Lebensmöglichkeiten für Jungärzte. [2]) Auch eine gewisse Allgemeinregelung des Vertreterwesens kann evtl. manchen jungen Ärzten eine sichere und ausreichende Existenz schaffen. Sollten alle Maßnahmen zusammengenommen noch nicht genügend Jungärzten annehmbare Existenzmöglichkeiten bieten, so wäre eine noch ausgedehntere Verteilung

[1]) vergl. Reichert a. a. O. S. 379.

[2]) vergl. Hans Britze „Der Arzt in der Knappschaftsversicherung". Leipzig 1929, S. 85.

vorzunehmen, selbst auf die Gefahr hin, daß vorübergehend der Nahrungsspielraum noch mehr beeinträchtigt wird.

Mit diesen Maßnahmen muß aber gleichzeitig eine gehörige, von staatlicher Seite unterstützte, Drosselung, nötigenfalls Sperre, des Medizinstudiums einsetzen und solange dauern, bis ohne Zwangsmaßnahmen der Neuzugang an Medizinstudierenden dem Bedarf an ärztlichem Nachwuchs entspricht. Wie weit dabei ein weiteres Absinken der Geburtenziffern eine Rolle spielt, wird die Zukunft zeigen.

## f) Die Vollmannschen Leitsätze.

Auf dem Bremer Ärztetage im Juni 1924 wurden die sogen. „Vollmannschen Leitsätze" angenommen. [1]) Sie stellten den Versuch einer Lösung des Planwirtschaftsproblems in Verbindung mit dem Versorgungsproblem dar. Die Leitsätze waren der Ausdruck der Bestrebungen führender Persönlichkeiten, die in der sporadischen Entstehung und Entwicklung einzelner Versorgungseinrichtungen eine Zersplitterung der Kräfte sahen und zur Sammlung mahnen wollten. Sie lauten:

1. Die grundstürzende Änderung der ärztlichen Wirtschaftsverhältnisse in der Nachkriegszeit erfordert planmäßige, großangelegte Versorgungseinrichtungen. Daneben sollen die bisherigen Unterstützungs- und Hilfskassen als unentbehrliche Ergänzung erhalten und ausgebaut werden.
2. Die für die Versorgung erforderlichen Mittel sind durch Erfassung des gesamten Einkommens der Ärzte aufzubringen, und zwar am sichersten und zweckmäßigsten auf dem Wege eines gesetzlichen Umlagerechts.
3. Am zweckmäßigsten werden als Träger solcher Versorgungseinrichtungen die bestehenden öffentlich rechtlichen Organisationen der Ärzte in Aussicht genommen. Für Preußen erscheint gemäß neuerlicher Bescheide mehrerer Provinzialbehörden die Erlangung eines solchen Umlagerechtes in ausreichendem Umfange für die Ärztekammer aussichtsreich. Die Verwirklichung dieses Planes ist nachdrücklich und mit größter Beschleunigung anzustreben.
4. Die Höhe der jährlichen Umlage darf nicht den notwendigen Lebensbedarf gefährden; eine Begrenzung auf 6 bis

[1]) vergl. „Schlesische Ärzte-Korrespondenz" Nr. 20, Breslau 1924.

8 v. H. des Gesamteinkommens erscheint daher angemessen und auch ausreichend.

5. Die Versorgung soll die durch Tod, Invalidität und Alter entstehenden Notlagen erfassen.
6. Das erste Ziel des Versorgungsschutzes soll die Sicherung eines Existenzminimums für den Arzt und seine Familie bezw. für die Hinterbliebenen verstorbener Ärzte sein. Die hierzu erforderliche Rente soll als Grundrente für jeden Arzt gleich hoch sein, ebenso das Sterbegeld.
7. Die Versorgungseinrichtung muß wenigstens für Sterbegeld und Grundrente Rechtsanspruch gewährleisten.
8. Für die Ansprüche der Versorgungsberechtigten ist der Grundsatz der Wertbeständigkeit durchzuführen; dies wird ermöglicht durch wertbeständige Anlage in neuzeitlicher Form.
9. Zur Einziehung der Beiträge können kassenärztliche und etwa bestehende private Verrechnungsstellen mitbenutzt werden.

Mit der Annahme dieser Richtlinien zeigte die Mehrheit der deutschen Ärzte, daß sie eine zentrale Regelung des Versorgungswesens wünschte und in der Schaffung einer gesetzlichen Regelung den gegebenen Weg zur Erreichung des Zweckes erblickte. Infolge des Versagens der beiden Spitzenorganisationen ist aber ein Erfolg dieser Erkenntnis ausgeblieben.

## g) Das Problem der Reichsärztekammer.

Auch in anderen freien Berufen sind derartige Gedanken erörtert worden, z. B. bei der deutschen Anwaltschaft. Dieser lag auf dem Anwaltstag im Jahre 1926 ein fertiger Pensionsversicherungsgesetzentwurf, der von den zuständigen Behörden als durchführbar angenommen war, vor. Lediglich der mangelnde Wille, der sich bei der Abstimmung zeigte, verhinderte die Einbringung des Gesetzentwurfs. [1])

Da die Vollmannschen Leitsätze auf dem Bremer Ärztetage 1924 einstimmig angenommen wurden, so ist die Möglichkeit sehr naheliegend, daß die Ärzteschaft eher einen solchen Weg beschreiten kann als die Anwaltschaft. [2])

---

[1]) weiteres hierüber vergl. Stenographischer Bericht der 19. Vertreterversammlung des Deutschen Anwaltvereins S. 55 ff.

[2]) vergl. S. Alexander, Entwurf eines Versicherungsgesetzes für Rechtsanwälte in seiner Nutzanwendung auf die Versicherung des Aerztestandes, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1926 S. 1655 ff.

Der Versorgungswille der Ärzteschaft hat seinen Niederschlag gefunden im neuen Ärztekammergesetz. Dieses stellt sich als ein Rahmengesetz dar, welches den einzelnen Ärztekammern ein Umlagerecht für Versorgungs- und Versicherungszwecke gewährt. Dieses Gesetz entspricht zweifelsfrei dem Wortlaut der Vollmannschen Leitsätze, und damit ist anscheinend dem Versorgungswillen der Ärzteschaft Genüge geleistet. Was bedeutet das aber tatsächlich? In der Zeit von Juni 1924 bis Ende 1926 ist eine große Anzahl neuer Versorgungseinrichtungen ins Leben gerufen, auch sind alte ausgebaut worden. Zu all diesen Einrichtungen ist noch, soweit eine Umwandlung anderer Einrichtungen nicht möglich war, in den meisten Ärztekammerbezirken die Versorgung oder Versicherung der Kammer auf öffentlich-rechtlicher Grundlage, d. h. als Zwangsversorgung oder -versicherung hinzugekommen. Wenn auch in dem Punkt 1 der Vollmannschen Leitsätze die weitere Existenz der bestehenden Einrichtungen als notwendig erachtet worden ist, so ist damit doch noch nicht gesagt, daß der nunmehr geschaffene Zustand im Sinne dieser Leitsätze wäre. Vielmehr besagt die Forderung nach planmäßigen, großangelegten Versorgungseinrichtungen das Gegenteil. Das Bestehenlassen der vorhandenen Einrichtungen ist vielmehr nur eine Formsache, die zum Ausdruck bringen sollte, daß man damit rechnet, diese Einrichtungen unter Wahrung der Interessen aller Beteiligten in die öffentlich-rechtliche Form überführen zu können. Wenn es auch nach dem Wortlaut der Leitsätze nicht direkt zum Ausdruck gekommen ist, so ist der Sinn der Leitsätze, eine allgemeine Versorgungseinrichtung oder für jede Kammer eine solche zu schaffen, die dem gesamten Versorgungsbedürfnis gerecht wird. Daß das Ziel der Vollmannschen Leitsätze die Befriedigung des gesamten Versorgungsbedürfnisses ist, geht aus dem 2. Punkt hervor, der die Erfassung des gesamten Einkommens vorsieht, aus dem 4. Punkt, der die obere Beitragsgrenze bestimmt und aus dem 5. und 6. Punkt, die das Versorgungsbedürfnis bestimmen. An dieser Tatsache ändert auch nichts der mit den Vollmannschen Leitsätzen zusammen angenommene Antrag des Vereins der Breslauer Ärzte, der oberhalb einer Grund- oder Mindestrente mit Rechtsanspruch eine freie Gestaltung der Versorgung bei den einzelnen Kammern zuläßt; dies bedeutet nur eine Modifizierung der Einrichtungen in regionaler Beziehung. Ob wir dabei eine öffentlich-rechtliche Versorgungseinrichtung für das ganze Reich oder mehrere, und zwar je eine für jeden Kammerbezirk, ins Auge fassen wollen, bleibt für die Betrachtungsweise, soweit sie sich blos auf den

Gedanken der Versorgung beschränkt, ohne wesentliche Bedeutung. Wir können daher davon absehen, von mehreren Versorgungseinrichtungen zu sprechen und können bei der weiteren Betrachtung die Versorgungseinrichtung mit dem Geltungsbereich über das ganze Gebiet innerhalb der Reichsgrenzen ins Auge fassen. Zunächst müssen wir uns die Frage vorlegen, wer der berufene Träger dieser Versorgungseinrichtung ist. Bei der Beantwortung müssen wir auf Fragen übergreifen, die von standespolitischer und wirtschaftspolitischer Bedeutung sind und einer ausgesonderten Behandlung bedürfen.

Seit vielen Jahren beschäftigen sich die berufenen Führer der Ärzteschaft mit dem Problem der Reichsärzteordnung und der Reichsärztekammer. Wie eingangs dieser Arbeit hervorgehoben wurde, sind die Ärzte Angehörige eines wenigstens formell freien Berufstandes. Die Einengung der materiellen Berufsfreiheiten ist durch die besonderen Umstände unserer wirtschaftlichen Lage, durch die angespannte Lage des ärztlichen Arbeitsmarktes bedingt, ist jedoch im übrigen ohne Bedeutung für die standespolitische Stellung der Ärzteschaft gewesen. Sehen wir uns die formelle Eingliederung des allgemein als „freier Beruf" bezeichneten Ärztestandes näher an, so müssen wir feststellen, daß zwar nicht alle, aber sehr wesentliche Rechtsbeziehungen der Ärzteschaft in der Reichsgewerbeordnung geregelt sind. Wenn auch heute durch die Ungunst der wirtschaftlichen Verhältnisse die besonderen Merkmale des freien Berufes in den Hintergrund treten und daher die Grenzen gegen die Gewerbetreibenden sich zu verwischen scheinen, so ist doch auch heute noch nicht an der Tatsache zu rütteln, daß die Ärzteschaft nicht, wie der moderne Gewerbetreibende, ausschließlich um des Gewinnes willen arbeitet, sondern daß auch höhere Ziele wie der Dienst an der Allgemeinheit, an der Volksgesundheit, an der Förderung der Wissenschaft zweckbestimmend sind. [1]) Daß für den Beruf auch materielle Unterlagen gegeben sein müssen, ist keine Besonderheit, denn auch Angehörige anderer freier Berufe müssen erwerben, ohne daß sie dadurch zu „Gewerbetreibenden" werden, z. B. Rechtsanwälte, Künstler usw. Auch die Heranziehung der freien Berufe zur Gewerbesteuer in Preußen (seit 1930) ändert daran nichts, abgesehen davon, daß die Gewerbesteuer in Preußen kein Novum in der reichsdeutschen Ländergesetzgebung ist. Durch die Heraushebung des Ärztestandes aus der Gewerbeordnung würde das Wesen der Berufsrechte und -pflichten we-

[1]) vergl. weiter oben S. 8.

sentlich klarer werden, sowohl für das Publikum als auch für die Ärzte selbst. Daher haben die ärztlichen Führer seit langem die Regelung der Rechtsbeziehungen der Ärzteschaft in der Reichsärzteordnung und als deren Hüterin die Reichsärztekammer gefordert. [1]). Diese Reichsärztekammer ist aber nicht etwa mit dem Preußischen Ärztekammerausschuß zu verwechseln, vielmehr soll ihre Aufgabe als gesetzliche Vertreterin der gesamten Reichsärzteschaft sein, daß deren Interessen am wirksamsten nach innen wie nach außen, gestützt auf die Reichsärzteordnung durch sie vertreten werden. Die Reichsärzteordnung wiederum soll eine zweckmäßige Verschmelzung aller bisher bestehenden Ärzteordnungen der einzelnen Länder und damit eine Vereinheitlichung darstellen.

Diese Erwägungen führten auf dem 45. Deutschen Ärztetag in Eisenach im Jahre 1926 zur Annahme eines Antrages des Vorstandes auf Berufung einer aus Ärzten, Juristen und Verwaltungsbeamten bestehenden Kommission zwecks Ausarbeitung des Entwurfes einer Reichsärzteordnung. Dieser Entwurf liegt bereits seit etwa Mitte 1928 vor.

Schon bei der Besprechung auf dem Eisenacher Ärztetag wurde von dem Referenten eindeutig darauf hingewiesen, daß für die deutsche Ärzteschaft eine Selbsthilfegemeinschaft, wie sie der Verband der Ärzte Deutschlands darstellt, immer notwendig sei, unbeschadet der eventuellen Einführung einer Reichsärzteordnung. Damit ist durchaus richtig der Trennungsstrich gezogen zwischen dem wirtschaftlichen Verband und der Reichsärztekammer, deren Aufgabe in der Lösung standespolitischer Fragen liegt. Insoweit interessiert uns auch der Entwurf einer Reichsärzteordnung. Der Entwurf denkt sich die Organisation der ärztlichen Standesvertretung von unten nach oben, wie folgt: Örtliches Organ ist der ärztliche Kreisverein, und zwar zwangsweise umfassend alle Ärzte im Bezirke eines Versicherungsamtes. Diesem Kreisverein übergeordnet ist die Ärztekammer, gedacht für den Bezirk eines Oberversicherungsamtes. Spitze ist die Reichsärztekammer und neben ihr der Reichsärztetag, aus dessen Mitte die ärztlichen Vertreter zur Reichsärztekammer neben den Vorsitzenden der Ärztekammern entsandt werden. Die Verwirklichung dieses Planes würde die Verschmelzung der jetzigen Ärztekammern mit dem Deutschen Ärztevereinsbunde bedeuten, d. h. zwischen Ärztetag und Geschäftsausschuß des Deutschen Ärztevereinsbundes einerseits und den örtlichen ärztlichen Standesver-

[1]) vergl. O. Heinze a. a. O. S. 55ff.

einen andererseits würden die Ärztekammern eingeschoben und so würde dem Ganzen durch die Einfügung in die Reichsärzteordnung ein öffentlich-rechtlicher Charakter verliehen werden. Daneben soll, in ähnlicher Weise wie heute, der Verband der Ärzte Deutschlands auf dem Gebiete der wirtschaftlichen Interessenvertretung seinen Aufgabenkreis behalten. Sehen wir also das Ideal der ärztlichen Versorgung in der Zusammenfassung aller Kräfte in einer großen einheitlichen Versorgungseinrichtung, so haben wir mit der Reichsärzteordnung und der Reichsärztekammer schon den äußeren Rahmen gefunden. Diese einheitliche große Versorgungseinrichtung ist erstrebenswert. Einwendungen der Gegner der Zwangsversorgung sind gerade in der heutigen schweren Notzeit weniger denn je beachtlich, zumal vom versicherungsmathematischen Standpunkt aus betrachtet, der umfassenden Versorgungseinrichtung doch wohl der Vorzug zu geben ist.

Wenn noch vor wenigen Jahren von ausgesprochenen Gegnern der Zwangsversicherung [1]) gesagt wurde, daß das Problem einer ärztlichen Versorgung nicht eigentlich in einer Dauerversorgung liegt, die auch künftige Generationen restlos einbegreift, sondern in allererster Linie in einer Versorgung für die nächsten 10 bis 15 Jahre, so muß berücksichtigt werden, daß zu dieser Zeit durch hohe Zinssätze die Spartätigkeit angeregt und durch ansteigende Konjunktur die Möglichkeit zum Sparen gegeben wurde. Aber angesichts unserer heutigen Lage und der wenig günstigen Aussichten für die nächsten Jahre müssen wir einsehen, daß ohne Zwang jegliche Kapitalbildung unterbleibt. Auf Grund der Entwicklung gerade in der letzten Zeit besteht fast überall in den freien Berufen eine Unsicherheit, wie man sie nie gekannt hat. Wenn nicht in manchen Kammerbezirken der Versicherungszwang durchgeführt wäre, würde ein großer Teil der Ärzte gegenüber dem Nichts stehen. Wo heute nicht zwangsweise oder wenigstens unter einem gewissen Druck Beiträge für diesen Schutz eingezogen werden, stehen andere Ausgaben näher als etwaige Gefahren, die der Substanz oder den Familien drohen können. Schon diese Argumentation widerlegt die Behauptung, daß die Zwangsversicherung die Verarmung des Ärztestandes aufrechterhalte. Mit der Forderung nach Reichsärzteordnung und Reichsärztekammer ist unter vorläufiger Ausschaltung aller darüber hinausgehenden Forderungen zunächst verbunden die Vereinigung des erhöhten Umlagerechts für Ver-

[1]) vergl. Rudolf Oppenheimer, Die Versorgung der Ärzteschaft, Jena 1925, S. 97.

sorgungszwecke in der Hand der Reichsärztekammer, die unbedingte Unterlage für die einheitliche deutsche Reichsärzteversorgung ist.

Wer soll der Träger dieser Reichsärzteversorgung sein und worin sollen deren Aufgaben bestehen?

Praktisch würden mehrere Möglichkeiten vorliegen. Vorerst ist die Frage zu prüfen, ob die Reichsärztekammer selbst als Trägerin in Frage kommt. Das ist schon deshalb abzulehnen, weil nach der Zweckbestimmung der Kammer es sich ausschließlich um eine Vertretung der Ärstestandesinteressen nach innen und außen handelt. Mit der Schaffung und Durchführung des Zwangscharakters der Versorgung ist aber nach dieser Richtung der Zweck erfüllt, während alles weitere anderen Organen überlassen bleiben muß. Als solche Organe treten verschiedene Institutionen in den Kreis unserer Betrachtungen. In erster Reihe muß man die Staatsversicherung heranziehen und sich dabei die Frage vorlegen, ob sie durchführbar und empfehlenswert ist. An der Durchführbarkeit der Staatsversicherung ist nicht zu zweifeln, denn die Schaffung einer solchen Versicherung (in Bayern besteht sie bereits!) würde, abgesehen von der Liquidierung der bestehenden privaten Versorgungseinrichtungen, keine besonderen Schwierigkeiten mehr bedeuten. Jedoch muß aus verschiedenen Gründen darauf verzichtet werden, die Schaffung einer Staatsversicherung zu befürworten.

Zunächst sei bemerkt, daß die Staatsversicherung in ihrer ganzen Art ein dem Stande wesensfremdes Gebilde ist. Man überlege sich, was es für einen freien Beruf heißt, in der Frage der Versorgung von dem Willen des Staates abhängig, mindestens aber von ihm beeinträchtigt zu sein! So haben wir z. B. bei der Bayrischen Ärzteversorgung, die als selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts an die Bayrische Versicherungskammer angeschlossen ist, die Satzungsbestimmung, daß die Satzung von der Versicherungskammer erlassen und geändert wird und zwar unter Zustimmung des Verwaltungsausschusses, der aus Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten besteht. Die Ärzteschaft hat also kein Selbstbestimmungsrecht, sondern nur ein Vetorecht, das auch noch durch die Satzungsbestimmung eingeschränkt ist, daß der Verwaltungsrat sich nur zu äußern hat in den Fällen, in denen die Versicherungskammer oder das Staatsministerium des Inneren seine Einvernahme für angemessen erachtet, abgesehen von den dem Verwaltungsausschuß in der Satzung besonders zugewiesenen Zuständigkeiten. Es bestimmen also über die wesentlichen Belange der ärztlichen Staatsversicherung, wie auch dieser Fall

zeigt, nicht die interessierten Kreise selbst, sondern der Staat. Ob man sich nun die Reichsärzteversicherung als selbständige Reichsanstalt oder an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte angeschlossen denkt, ist dabei ohne Bedeutung. Bei einem etwaigen engeren Anschluß an die Reichsversicherungsanstalt kämen noch Bedenken hinzu, die nicht nur standespolitischer Natur sind, sondern es sind noch andere bedeutsame Unterschiedlichkeiten zu berücksichtigen, so z. B. eine grundverschiedene Altersgliederung, [1]) die zweifellos für die Ärzteversicherung von nachteiliger Auswirkung ist. Außerdem würde eine Gliederung der Rentenleistungen wie sie sich bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte findet, (mit wachsendem Einkommen vermindert sich verhältnismäßig der Hundertsatz der Renten) auf die Ärzte, angesichts der mehr oder minder höheren Beiträge, die sie leisten, unanwendbar sein.

## h) Versuch einer Lösung der sogenannten Planwirtschaft in Verbindung mit dem Versorgungsproblem.

Nachdem gezeigt worden ist, daß die Staatsversicherung Nachteile in sich birgt, die von Anfang an dazu beitragen können, untragbare Zustände zu schaffen, gilt es eine Form der Versicherung zu finden, die gegebenen Falles später ihres Zwangscharakters entkleidet werden kann, wenn eine Überführung in eine private Versicherung tunlich und zweckmäßig ist. Damit kommen wir dem Sinn der Zwangsversicherung der Ärzteschaft am nächsten und schaffen die Gelegenheit, die in Frage gestellte Berufsfreiheit wenigstens insoweit wieder herzustellen. Diese Versicherung ist die auf Beitrittszwang beruhende Kollektivversicherung privater Versicherungseinrichtungen. In solcher Versicherungsart haben wir die Möglichkeit, eine Sicherstellung des gesamten Berufsstandes auf gesetzlicher Grundlage unter Wahrung standespolitischer Belange herbeizuführen.

Wollen wir aber eine Sicherstellung des gesamten Berufsstandes anstreben, so müssen wir auch die ungelösten Probleme der ärztlichen Planwirtschaft in unser Programm einstellen; zu den brennendsten Fragen gehört hier die Sicherstellung der noch nicht zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzte.

Wir müssen uns vor Augen halten, daß der Nahrungsspielraum der gesamten Deutschen Ärzteschaft durch die Durchfüh-

[1]) vergl. Oppenheimer a. a. O. S. 87.

rung der sogen. Planwirtschaft in Verbindung mit der Lösung des Problems der Versorgung nicht oder wenigstens nicht wesentlich verändert wird, daß also die Standesangehörigen, und dazu gehören auch die nicht mehr Tätigen sowie die Familienangehörigen, Hinterbliebenen usw. mit einem bestimmten Anteil des Volkseinkommens, der nur wenigen Schwankungen unterworfen ist, auskommen müssen. Das Problem liegt darin, dieses Gesamtstandeseinkommen so zu verteilen, daß alle Standesangehörigen menschen- und tunlichst standeswürdig zu leben vermögen.

Aus der Altersgliederung der deutschen Ärzteschaft nach der amtlichen Berufszählung von 1925 können wir unter Nichtberücksichtigung der im Angestellten- oder Beamtenverhältnis befindlichen Ärzte bei den 34 168 selbständig freiberuflich tätigen Ärzten ein Durchschnittsalter von etwa 45 Jahren feststellen. In den letzten fünf Jahren ist das Durchschnittsalter infolge verstärkten Zugangs junger Ärzte eher niedriger als höher geworden. Bei fast allen ärztlichen Versorgungseinrichtungen hat sich das Durchschnittsalter gesenkt. Schalten wir aus dieser Altersgliederung die damals über 65 Jahre alten Ärzte aus, so können wir für den Rest ein Durchschnittsalter von etwa 43 Jahren feststellen. Denken wir uns nun die deutsche Ärzteversorgung im Rahmen des Tarifs XXV der Deutschen Ärzteversicherung a. G., Berlin, als kollektive Invaliden-, Alters-, Witwen- und Waisenversicherung mit Altersrente vom 70. Lebensjahr und Witwenrente von 50 %, Waisenrente 40 % und Halbwaisenrente 20 % der Alters- bezw. Invalidenrente. Wir können für das Durchschnittsalter von 43 Jahren eine Jahresprämie von 28 RM., für eine jährliche Rentenkombination von 100 RM. ablesen. Es ist unmöglich Zahlen über die Höhe des durchschnittlichen Einkommens der Ärzte zu nennen, da sie mit Rücksicht auf die vielseitige Gegnerschaft von keiner Seite angegeben werden. Die Zahlen der Krankenkassen lassen auch keine Schätzung zu, weil in den Angaben über Arztausgaben der Kassen die Sachleistungen und Auslagen der Ärzte enthalten sind. Aber wir brauchen die Zahlen nicht unbedingt, um den Nachweis zu bringen, daß die deutsche Ärzteversorgung möglich ist, denn wir können die Auswirkungen bei verschieden hohen Einkommenstufen prüfen und daran die Durchführbarkeit erkennen. Wenn wir von dem Prinzip des gleichbleibenden Verhältnisses zwischen Prämie und Leistung ausgehen, entspricht dem Jahreseinkommen von 10 000 RM., das als durchschnittliches Jahreseinkommen eher zu niedrig als zu hoch gegriffen ist, eine jährliche Prämie von 800 RM., bei einem Abzug von 8 % gemäß den Bremer Leitsätzen Vollmanns.

Dadurch würde ein Rechtsanspruch erworben werden auf eine Rentenkombination von 2857 RM. Berücksichtigt man die in letzter Zeit von versicherungswissenschaftlicher Seite begründete Minderbewertung der Invaliditätswahrscheinlichkeiten [1]) unter genügender Würdigung der gestiegenen Lebenswahrscheinlichkeiten, so kommen wir noch auf ein etwas besseres Verhältnis zwischen Prämie und Leistung. Wir können also bei gleichbleibender Prämie die Leistung auf eine Rentenkombination von etwa 3 000 RM. abrunden. Berücksichtigen wir jetzt weiter bei der Frage der Dividendenrückgewähr die Tatsache, daß durch die zwangsweise Einbeziehung der gesamten deutschen Ärzteschaft eine erhebliche Steigerung der Dividenden [2]) von 15 bezw. 25 % auf etwa 30 % möglich ist, so läßt sich leicht ausrechnen, welche Summe aus den Dividenden frei wird, nämlich das Produkt aus der Anzahl der Ärzte und der Höhe des Durchschnittsjahresbeitrages multipliziert mit dem Verhältnis der Dividendenrückgewähr zur Durchschnittsjahresprämie, in diesem Falle also

$$31\,160 \times 800 \times 0{,}30 = \text{d. s. } 8\,198\,400 \text{ RM.}$$

Dieser Betrag würde der Gesamtheit aus Dividenden zur Verfügung stehen. Für die Zwecke der sogen. Planwirtschaft verwendet, würde die Möglichkeit bestehen, nicht nur die weiter oben bei der Berechnung des Durchschnittsalters nicht berücksichtigten Ärzte, die das 65. Lebensjahr bereits überschritten hatten, sondern darüber hinaus eine wahrscheinlich für die Zwecke der Durchführung der Planwirtschaft ausreichende Zahl alter Kassenärzte auf der Basis der oben zugrunde gelegten Rentenkombination in den Ruhestand zu versetzen. Im höchsten Falle könnten nach den obigen Berechnungen 2700 alte Kassenärzte pensioniert werden, wobei allerdings als Gewinn zu buchen ist, daß je mehr alte Kassenärzte abgebaut sind, desto niedriger dadurch das Durchschnittsalter der übrigen Ärzte wird.

Die Höhe des tatsächlichen durchschnittlichen Einkommens der Ärzteschaft ändert an den Berechnungen nichts, denn mit der Höhe des Gesamteinkommens steigt und fällt die Höhe der jeweiligen Rentenansprüche. Dieses gleichbleibende Verhältnis ist auch sehr zweckmäßig, denn in Zeiten wirtschaftlichen Niedergangs wird eine übermäßige Belastung vermieden. Bei der Fest-

[1]) vergl. Ausführungen des Reichsknappschafts-Versicherungsdirektors Dr. Neumann auf der Hauptversammlung des Vereins für Versicherungswissenschaft, April 1930.

[2]) vergl. hierzu Geschäftsbericht für das Jahr 1928 der Deutschen Ärzteversicherung a. G. Berlin.

setzung der Renten für die zu pensionierenden Ärzte muß auch die Höhe des jeweiligen Durchschnittseinkommens dieser Ärzte in den letzten Jahren berücksichtigt werden, ebenso wie überall das Prinzip des Durchschnitts der erworbenen Ansprüche Platz greift. Ein „sozialer" Ausgleich ist bewußt in die ganze Berechnung nicht eingestellt, da der Wert des sozialen Ausgleichs infolge seiner vielfachen Anfechtung für diese Arbeit fragwürdig erscheint. Der Tarif XXV der Deutschen Ärzteversicherung a. G. Berlin ist versicherungsmathematisch aufgebaut auf dem Renten- bezw. Prämienausgleichsverfahren. Bei diesem Verfahren werden sämtliche Prämien während eines vorher bestimmten Zeitraums, der bei Tarif XXV auf 30 Jahre gewählt wurde, nach ihrer erwartungsmäßigen Höhe vorausberechnet. Dazu dient der Altersaufbau der Anfangsgeneration mit ihrer rechnungsmäßigen Absterbeordnung und Invalidisierungsordnung der aktiven Ärzte sowie eine angemessene Annahme über den Neuzugang, welche einen Ersatz des Abganges durch Nachwuchs von einem erfahrungsmäßig bekannten Eintrittsalter vorsieht. Von den in den nächsten 30 Jahren zu zahlenden Prämien werden die Barwerte summiert. Die Summe wird bei gleichbleibender Kopfzahl einfach in eine gleichbleibende Gesamtprämie mittels Division durch den Zeitrentenbarwert verwandelt. Bei der Annahme einer sich noch verändernden Kopfzahl wird darauf Rücksicht genommen, daß nicht die jährliche Gesamtprämie, sondern die jährliche Durchschnittsprämie für den Kopf gleich hoch bleiben soll. Als ausgeglichene Prämie wird die so ermittelte gleichbleibende Durchschnitsprämie für den Kopf erhoben. Es wird dann in gewissen Zeitabschnitten festgestellt, um wieviel die Gesamtheit mit der Durchschnittsprämie hinter der tarifmäßig zu zahlenden Prämie zurückgeblieben ist. Diese jährlich auflaufende Schuld wird als Beleihung der Prämienreserve betrachtet. Zunächst liegt die ausgeglichene Prämie also unter der tarifmäßigen, später über derselben. Es beginnt dann der Abbau des Darlehns, der sich innerhalb der vorgesehenen Frist bei Richtigkeit der Rechnungsgrundlagen vollzieht.

Mit Rücksicht auf den Umstand, daß die deutsche Ärzteversorgung als Zwangsversicherung gedacht ist, kann das Prämienausgleichsverfahren ganz unbedenklich Verwendung finden. Durch die später, das heißt, nach dem Absterben der pensionierten Kassenärzte, freiwerdende Dividende wird eine verstärkte Auffüllung der zunächst beliehenen Prämienreserve möglich. Durch weitere Ansammlung von Dividenden vollzieht sich die Auffüllung der individuellen Prämienreserve derjenigen Ärzte,

deren Alter über dem Durchschnitt liegt. Ihre individuelle Prämienreserve ist größer als die ausgeglichene. Eines Tages wird der Zustand eintreten, daß für alle Ärzte die volle Anwartschaftsdeckung vorhanden ist. Dann ist der Zeitpunkt gekommen, daß die Zwangsversicherung in eine freiwillige Versicherung umgewandelt werden kann, und damit ist die Berufsfreiheit auf dem Gebiete der Eigenversorgung wiederhergestellt.

Geht man von der Erwägung aus, daß die augenblickliche Generation infolge der ungeheuren wirtschaftlichen Depression nicht in der Lage ist, die Lasten der Standesversorgung auf sich zu nehmen, so besteht die Möglichkeit, durch weitere Hinausverlegung des Zeitpunktes, in dem rechnerisch der Ausgleich erfolgen muß, diesem Umstand Rechnung zu tragen. Auch lassen sich wohl über das dargestellte System hinaus durch effektive, nicht nur rechnerische Beleihung der Prämienreserve die Zukunftsaussichten der bisher ganz unversorgten Ärzte und deren Hinterbliebenen besser gestalten. Diese erhalten jetzt ohne jeden Rechtsanspruch von den Unterstützungskassen der Ärztekammern sehr bescheidene Zuschüsse. Wie weit man hierbei die nachfolgenden Generationen belasten darf, ist eine andere Frage, jedenfalls empfiehlt es sich den Zeitpunkt des Ausgleichs nicht so weit hinauszuverlegen, um nicht die Anfangsgeneration zu gefährden, d. h. sie zu sehr auf das soziale Empfinden der künftigen Generation angewiesen sein zu lassen.

Die Notwendigkeit eine weitschauende und umfassende Arbeitsverteilungs- und Versorgungspolitik unter Anwendung von Zwangsmaßnahmen alsbald in die Wege zu leiten, zeigt die ansteigende Kurve der Medizinstudierenden mit erschreckender Deutlichkeit. Seit dem Sommer-Semester 1926 ist die Gesamtzahl der Medizinstudierenden ständig gestiegen, und zwar von 8470 auf 9663 im Sommer-Semester 1927, auf 11 935 im Sommer-Semester 1928, auf 15 338 im Sommer-Semester 1929 und auf 18 605 im Sommer-Semester 1930. [1]) Diese Zahlen stehen bei einer Gesamtzahl von 49 152 Ärzten einem Abgang von jährlich etwa 700—750 oder 1½ % gegenüber.

[1]) vergl. Hansberg, „Die Versorgungskasse der westfälischen Ärztekammern" Westfl. Ärzte-Korrespondenz Nr. 19/1930

## Deutsche Ärzteversicherung a. G.

## Tarif XXV.

# Kollektive Invaliden-, Alters-, Witwen- u. Waisenversicherung

Ohne Wartezeit. Ohne ärztliche Untersuchung. Mit Gewinnbeteiligung.

Die Rente wird in voller Höhe an den Versicherten gezahlt entweder als Invalidenrente bei mehr als zwei Drittel dauernder Erwerbsunfähigkeit oder als Altersrente nach Vollendung des 60., 65. bzw. 70. Lebensjahres. Ferner wird die Rente in Höhe von 50 % bzw. 100 % der Invalidenrente gezahlt beim Tode des Versicherten lebenslänglich an die überlebende Ehefrau und in Höhe von 40 % an jede Vollwaise, bzw. 20 % an jede Halbwaise bis zum 21. Lebensjahre.

Versicherte, welche beim Fälligwerden der Invaliden- bzw. Altersrente noch nicht oder nicht mehr verheiratet sind, erhalten eine um 50 % der Witwenrente erhöhte Invaliden- und Altersrente.

| Eintrittsalter | Jährliche Prämie für 100 Mark jährliche Rente bei Fälligwerden der Altersrente ab | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60. | 65. | 70. | 60. | 65. | 70. |
| | Lebensjahr mit 50 % Witwenrente | | | Lebensjahr mit 100 % Witwenrente | | |
| 25 | 15.90 | 12.76 | 11.18 | 21.81 | 18.45 | 16.77 |
| 26 | 16.60 | 13.23 | 11.55 | 22 69 | 19 09 | 17.30 |
| 27 | 17.40 | 13.79 | 11.99 | 23.73 | 19.88 | 17.95 |
| 28 | 18.30 | 14.43 | 12.51 | 24.89 | 20.75 | 18.67 |
| 29 | 19.30 | 15.13 | 13.08 | 26.18 | 21.70 | 19.47 |
| 30 | 20.40 | 15.90 | 13.70 | 27.57 | 22.74 | 20.34 |
| 31 | 21.60 | 16.74 | 14.36 | 29.11 | 23,88 | 21.30 |
| 32 | 22.90 | 17.66 | 15.10 | 30.79 | 25.12 | 22.33 |
| 33 | 24.35 | 18,67 | 15.90 | 32.64 | 26.47 | 23.47 |
| 34 | 25.94 | 19.77 | 16.77 | 34.64 | 27,92 | 24.67 |
| 35 | 27.67 | 20.94 | 17.70 | 36.81 | 29.49 | 25.95 |
| 36 | 29.54 | 22.21 | 18.68 | 39.18 | 31.17 | 27.32 |
| 37 | 31.61 | 23.56 | 19.74 | 41.77 | 32.97 | 28.78 |
| 38 | 33.88 | 25.05 | 20.87 | 44.60 | 34.93 | 30.36 |
| 39 | 36.38 | 26.68 | 22.12 | 47.72 | 37.05 | 32.05 |
| 40 | 39 10 | 28.41 | 23.43 | 51.12 | 39.33 | 33.82 |
| 41 | 42.20 | 30.31 | 24,86 | 54.94 | 41.81 | 35.78 |
| 42 | 45.62 | 32.39 | 26.40 | 59.19 | 44.53 | 37.88 |
| 43 | 49.50 | 34.72 | 28.08 | 63.97 | 47.53 | 40.15 |
| 44 | 53.88 | 37.27 | 29.90 | 69.36 | 50.83 | 42.62 |
| 45 | 58.87 | 40.09 | 31.90 | 75.50 | 54.48 | 45.33 |
| 46 | 64.65 | 43.24 | 34.10 | 82 56 | 58.53 | 48.28 |
| 47 | 71.32 | 46.75 | 36.50 | 90.70 | 63.04 | 51.48 |
| 48 | 79.13 | 50.70 | 39.11 | 100.20 | 68.10 | 55.— |
| 49 | 88.35 | 55.14 | 41.93 | 111.46 | 73.78 | 58.84 |
| 50 | 99.45 | 60.12 | 45.10 | 124,92 | 80.15 | 63.04 |
| 51 | | 65.65 | 48.39 | | 87.12 | 67.40 |
| 52 | | 71.82 | 51.82 | | 94.89 | 71.96 |
| 53 | | 78.68 | 55.39 | | 103.47 | 76.62 |
| 54 | | 86.52 | 59.14 | | 113.17 | 81.54 |
| 55 | | 95.73 | 63.17 | | 124.47 | 86.73 |
| 56 | | 106.68 | 67.42 | | 137.78 | 92.24 |
| 57 | | 120 30 | 72.42 | | 154,24 | 98.47 |
| 58 | | 137.74 | 78.05 | | 175.30 | 105.54 |
| 59 | | 161.10 | 84.66 | | 203.42 | 113,85 |
| 60 | | 193,88 | 92.64 | | 242.74 | 123.77 |
| 61 | | | 100.97 | | | 134.40 |
| 62 | | | 111.45 | | | 147.64 |
| 63 | | | 125.05 | | | 164.72 |
| 64 | | | 143.13 | | | 187.32 |
| 65 | | | 168.53 | | | 218,83 |

## Lebenslauf.

Am 2. August 1901 wurde ich zu Köln/Rhein als Sohn des Baurats Walter Herzog geboren. Nach Besuch verschiedener Schulen bestand ich Ostern 1921 die Reifeprüfung an der Thaer-Oberrealschule vor dem Holstentore in Hamburg.

Seit Mai 1921 bin ich beruflich tätig, zur Zeit als Geschäftsführer der Ärztlichen Verrechnungsstelle für die Privatpraxis Breslau.

Vom S.-S. 1921 bis zum W.-S. 1923/24 war ich an der Universität Hamburg und vom S.-S. 1927 bis zum W.-S. 1930/31 an der Universität Breslau immatrikuliert.

Am 7. Dezember 1928 bestand ich die Prüfung für Diplomvolkswirte und am 27. November 1931 die mündliche Prüfung zur Erlangung der staatswissenschaftlichen Doktorwürde.

Breslau, den 27. Juni 1932.

Georg Herzog.